

# Representações Sociais da Loucura: Um Modelo Integrativo entre Sistemas de Representações e Polifasia Cognitiva

Doutorando: Linniker Matheus Soares de Moura  
Orientadora: Silvana Carneiro Maciel





*Nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia (Michel Foucault).*



Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
Doutorado em Psicologia Social  
Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: UM MODELO  
INTEGRATIVO ENTRE SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES E  
POLIFASIA COGNITIVA**

João Pessoa, Paraíba  
Março, 2025



Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
Doutorado em Psicologia Social  
Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: UM MODELO  
INTEGRATIVO ENTRE SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES E  
POLIFASIA COGNITIVA**

**Linniker Matheus Soares de Moura**  
*Doutorando (PPGPS – UFPB)*

**Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel**  
*Orientadora (PPGPS – UFPB)*

João Pessoa, Paraíba  
Março, 2025



Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
Doutorado em Psicologia Social  
Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: UM MODELO  
INTEGRATIVO ENTRE SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES E  
POLIFASIA COGNITIVA**

Trabalho de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba para avaliação final e obtenção do título de Doutor em Psicologia Social, sob a orientação da Profª. Dra. Silvana Carneiro Maciel.

João Pessoa, Paraíba  
Março, 2025

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: UM MODELO  
INTEGRATIVO ENTRE SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES E  
POLIFASIA COGNITIVA**

**Linniker Matheus Soares de Moura**  
*Doutorando (PPGPS – UFPB)*

**BANCA AVALIADORA**

---

***Professora Dra. Silvana Carneiro Maciel – PPGPS/UFPB***  
Orientadora e Presidente da Banca (1º membro interno)

---

***Professora Dra. Tatiana de Lucena Torres – PPGPS/UFPB***  
Avaliadora e 2º Membro Interno

---

***Professora Dra. Camila de Alencar Pereira***  
Avaliadora e 1º Membro Externo

---

***Professora Dra. Thaís de Sousa Bezerra De Menezes***  
Avaliadora e 2º Membro Externo

---

***Professora Dra. Maria Renata Florêncio de Azevedo***  
Avaliadora e 3º Membro Externo



Universidade Federal da Paraíba  
 Centro de Ciências Humanas Letras e Artes  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social



### ATA DE DEFESA DE TESE

Aos vinte e quatro dias do mês de março de dois mil e vinte e cinco, de modo presencial na sala 01 da PPGPS-CCHLA, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (CCHLA/UFPB), para a defesa de Tese do aluno **LINNIKER MATHEUS SOARES DE MOURA** – mat. 20211012802 (orientando(a), UFPB, CPF: 611.077.813-37). Foram componentes da banca examinadora: Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **SILVANA CARNEIRO MACIEL** (UFPB, Orientador, CPF: 601.115.774-20), Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **TATIANA DE LUCENA TORRES** (UFPB, Membro Interno ao Programa, CPF: 028.034.344-23), Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **CAMILA DE ALENCAR PEREIRA** (UNINASSAU, Membro Externo à Instituição, CPF: 089.524.544-21), Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **MARIA RENATA FLORENCIO DE AZEVEDO** (FADIMAB, Membro Externo à Instituição, CPF: 078.564.614-03) e Prof. Dr. **THAIS DE SOUSA BEZERRA DE MENEZES** (FTM, Membro Externo à Instituição, CPF: 979.296.113-53). Na cerimônia compareceram, além do(a) examinado(a), alunos de pós-graduação, representantes dos corpos docente e discente da Universidade Federal da Paraíba e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente da banca, Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **SILVANA CARNEIRO MACIEL**, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o(a) examinado(a) **LINNIKER MATHEUS SOARES DE MOURA** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que discorresse sobre seu trabalho, intitulado: "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: UM MODELO INTEGRATIVO ENTRE SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES E POLIFASIA COGNITIVA". Passando então ao aludido tema, o aluno foi, em seguida, arguido pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo, passou a comissão, em secreto, a proceder a avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito de "APROVADO", o qual foi proclamado pela presidente da banca, logo que retornou ao recinto da solenidade pública. Nada mais havendo a tratar, eu, Júlio Rique Neto, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos assino juntamente com os membros da banca. João Pessoa, 24 de março de 2025.

*Silvana Carneiro Maciel*  
 Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **SILVANA CARNEIRO  
 MACIEL**

*Mª Renata F. de Azevedo*  
 Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **MARIA RENATA  
 FLORENCIO DE AZEVEDO**

*Tatiana de Lucena Torres*  
 Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **TATIANA DE LUCENA  
 TORRES**

*Thais S.B. Menezes*  
 Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **THAIS DE SOUSA  
 BEZERRA DE MENEZES**

*Camila Alencar Pereira*  
 Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **CAMILA DE ALENCAR  
 PEREIRA**

*Júlio Rique Neto*  
 Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> **JÚLIO RIQUE NETO**  
 Coordenador do PPGPS

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

M929r Moura, Linniker Matheus Soares de.

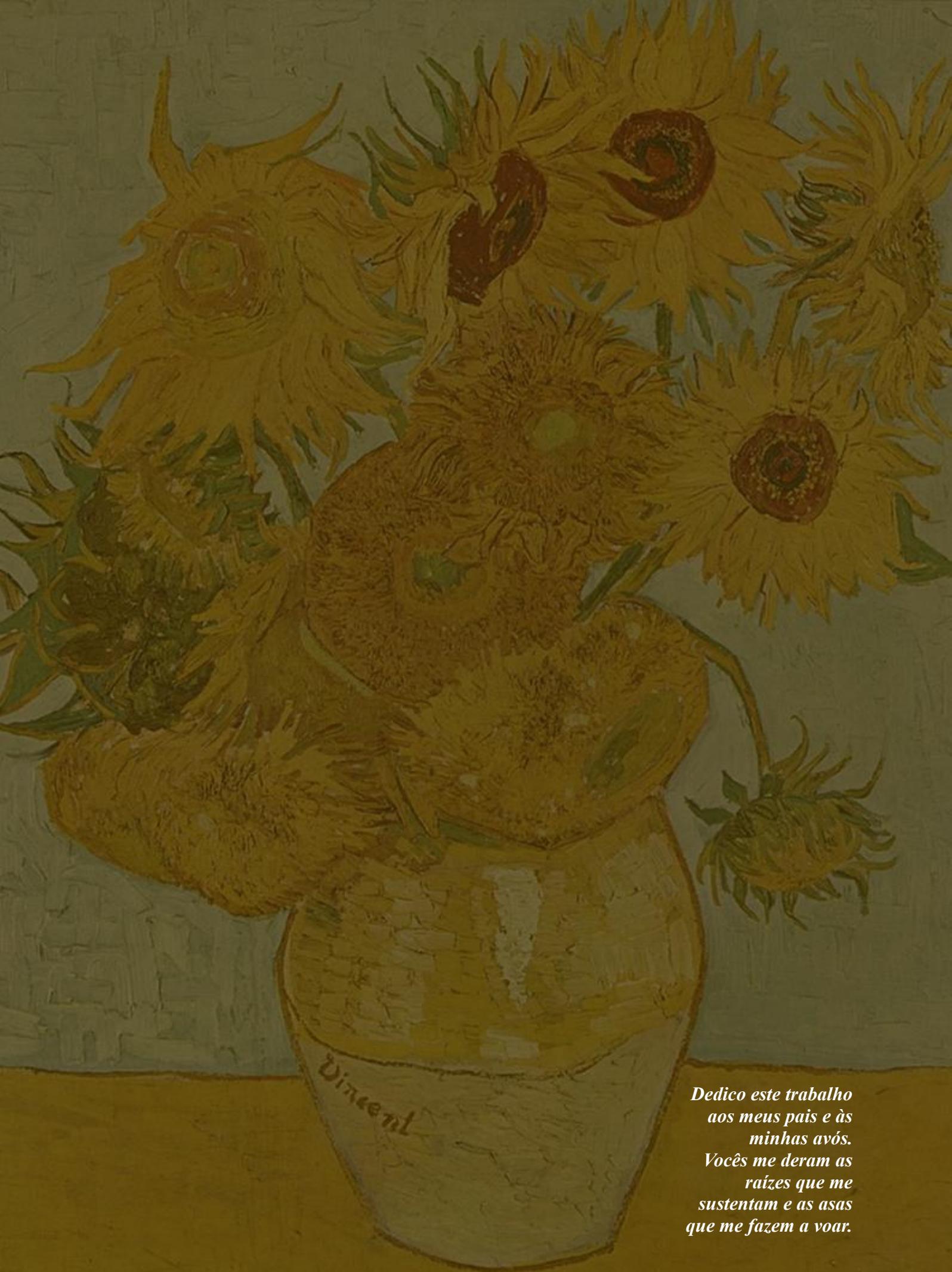
Representações sociais da loucura : um modelo integrativo entre sistemas de representações e polifasia cognitiva / Linniker Matheus Soares de Moura. - João Pessoa, 2025.  
318 f. : il.

Orientação: Silvana Carneiro Maciel.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Psicologia social. 2. Representações sociais - sistemas. 3. Loucura. 4. Polifasia cognitiva. 5. Modelo Integrativo. I. Maciel, Silvana Carneiro. II. Título.

UFPB/BC

CDU 316.6(043)



*Dedico este trabalho  
aos meus pais e às  
minhas avós.  
Vocês me deram as  
raízes que me  
sustentam e as asas  
que me fazem a voar.*

## *Agradecimentos*

---

Agradeço aos meus pais, Rafael e Ailza. Vocês não só me deram a vida, deram-me a coragem de existir. Houve dias em que me desacreditei, passei por sofrimentos desconhecidos e assustadores, fui palavras não ditas, quase silêncio. Mas vocês me ajudaram a lembrar quem eu sou, a juntar os pedaços quando me senti em ruínas, a seguir mesmo quando os caminhos pareciam incertos.

Ensinaram-me que errar faz parte, que recomeçar é sagrado e que o amor, esse sim, é o que nos sustenta. O amor que me ensinaram é paciente, ele se debruça sobre o outro sem pedir nada em troca, sem medir, sem pesar. Não quer ser maior, não quer ser dono, não grita, não impõe, não exige. Mostraram-me que o amor não se alegra com a queda de ninguém, não se embriaga de vingança; ele sempre quer a verdade, mesmo quando dói, porque o amor é assim: ele se estende e resiste. Vocês me ensinaram que o amor carrega o mundo nos ombros, mas está sempre de braços abertos. Com vocês entendi essas coisas que não se explicam, só se sentem.

Cada página deste trabalho tem um pouco de vocês, no cansaço das madrugadas e no brilho de cada descoberta. Com esta tese me formo o primeiro Doutor da nossa família, mas serei sempre um aprendiz de vocês, que me criaram sem me prender, que me guiaram sem me impedir, que me ensinaram que saber sentir é tão importante quanto saber pensar. A vocês entrego estas palavras. São insuficientes, mas são verdadeiras. Obrigado por tudo.

Agradeço às minhas avós, Dona Dinha e Mãe Neném. Quem me dera se eu pudesse sentar novamente ao seu lado e contar tudo o que vivi desde que partiram; ouvir suas risadas, sentir seus afagos. Ficou a saudade, dessas que deixam um buraco no peito, porque falta. E falta mesmo. Ficaram as memórias, vivas como se o tempo nunca tivesse passado. Ficou o orgulho de ser neto e parte de vocês. E ficaram também as lágrimas, sem pressa de secar. Continuem me olhando daí, porque aqui eu ainda preciso.

Agradeço também a toda minha família. Com vocês, o riso é solto e o abraço é apertado. Mesmo longe sei que há sempre um lugar à minha espera — como há, em mim, um espaço de onde cada um de vocês nunca sai.

Aos meus amigos e amigas, uma outra família que tive a sorte de conhecer, agradeço por serem abrigo nos dias chuvosos, por saberem me escutar até no meu silêncio, por me enxergarem quando eu mesmo não sabia onde estava. Com vocês, a vida tem mais sentido, tem mais cor. Com vocês encontrei uma certeza muito rara: não caminho só. Minha gratidão não tem medida: é por tudo, por tanto, para sempre.

Ao meu namorado, Rorion, testemunha do meu trabalho e cúmplice dos meus dias, agradeço com todo meu coração. Você acompanhou tão de perto este trabalho que, sem querer, se tornou um cientista social. E sem perceber, virou também parte desta obra. “Um poema feliz seríamos nós dois, caminhando feito bobos, de risos e galáxias, com passos de dança numa rua sem gravidade. Somos dois astronautas indo comprar pão<sup>1</sup>”.

Agradeço também aos meus colegas de graduação, companheiros de sonhos e incertezas, cúmplices das madrugadas que nos viram insistir. Juntos, tentamos decifrar a vida enquanto desvendávamos a mente humana, aprendendo aos poucos que são uma coisa só. Superamos desafios que nem sabíamos nomear, mas seguimos, acreditando que valeria a pena. E valeu.

Aos meus alunos, que ao longo dos anos me ensinaram tanto quanto ensinei. Cada pergunta, cada olhar atento. Em vocês, vi quem um dia fui e, ao mesmo tempo, quem sonhava ser. Obrigado por me permitirem ser parte do caminho de vocês como vocês também foram parte do meu.

---

<sup>1</sup> Poema parte do livro “Aula de Natação” de Alice Sant’Anna.

Agradeço aos meus pacientes, que me confiaram suas dores, suas histórias, seus abismos e suas esperanças. Não há maior privilégio do que ser testemunha da transformação, do peso que se desfaz, do brilho que retorna ao olhar. Se algum dia, em meio às palavras lhes dei algo, saibam que recebi em dobro.

Felizmente, sou feito de encontros. Tantos rostos, gestos, vozes que me atravessaram e ficaram. Não caberiam em palavras todos aqueles a quem devo gratidão, mas saibam que estão comigo.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Silvana Maciel. A senhora me acolheu em 2015, e desde então, nunca mais nos separamos. Nunca esquecerei as tantas vezes em que me viu além das notas, dos prazos e além da universidade. Percebeu minhas angústias não só acadêmicas, mas aquelas de quem contava moedas para viver. A senhora viu e me estendeu a mão. Quantas refeições dividimos, quantas vezes perguntou, sem rodeios, se eu estava bem, se eu tinha dinheiro para comer e para pagar minhas contas. Era mais do que cuidado. Por isso, professora, muito obrigado.

Expresso também minha profunda gratidão à banca avaliadora, formada por mulheres que me inspiram profundamente. A leitura atenta e cuidadosa de vocês me ajudou a tornar esta tese um produto do qual me orgulho. Conheço cada uma de vocês desde a graduação e, tenham certeza, nunca esquecerei de todas as trocas que tivemos. Agradeço pelo tempo dedicado, pelo carinho e pelo compromisso em dialogar com este, que até o momento, é o trabalho da minha vida.

Agradeço à Universidade Federal da Paraíba. Desde 2014, quando atravessei os portões desta universidade, carregava em mim o desejo de ser professor, de ser doutor e de retribuir à Psicologia e à educação tudo que elas me ofereceram. Hoje, sou a realização desse sonho. Acredito e defendo, a educação pública de qualidade.

Agradeço ao corpo docente, estudantil e técnico-administrativo do Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química. Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo fomento à ciência, pelo incentivo ao pensamento e pelo sustento da pesquisa. Educação é um ato de resistência, pois ao aprender e ensinar, reinventamos o mundo, rompemos silêncios e transformamos a opressão em possibilidade de libertação.

### **VIVA A EDUCAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA!**

Finalizo este texto com minha gratidão a Deus, meu amigo e fonte de toda sabedoria. Não foi só estudo, não foi só cansaço, também foi fé. Foi Ele quem me sustentou quando a vida pesava sobre mim. Sei que estes agradecimentos não são suficientes, pois a linguagem é curta e o sentimento é grande. Mas sei que o silêncio, às vezes, é melhor do que as palavras. Então, que este suspiro de alívio e que estas lágrimas de alegria sejam minha prece. Sem ti eu jamais teria conseguido.

## **Resumo**

---

Esta tese investiga as Representações Sociais (RS) da loucura a partir de um modelo integrativo que articula os Sistemas de Representações Sociais (SRS) e a Polifasia Cognitiva. Fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), a pesquisa analisa a construção histórica e discursiva da loucura, evidenciando disputas simbólicas entre abordagens biomédicas, filosóficas, psicológicas, socioculturais, espiritual-religiosas e artístico-criativas. O objetivo principal é compreender como diferentes sistemas de saber influenciam as RS da loucura e suas implicações nas práticas e políticas de saúde mental. Adota-se uma abordagem metodológica qualitativa, que combina análise histórica, revisão de escopo, Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e análises lexicométricas com o software IRaMuTeQ. A amostra é composta por 200 participantes do estado da Paraíba (Brasil), cujas respostas foram analisadas por meio da Análise Prototípica e da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Os resultados indicam que a maioria dos participantes é do sexo feminino (75,24%) e tem entre 18 e 29 anos, com escolaridade predominantemente de ensino superior incompleto (37,5%) ou pós-graduação (33,93%). A religião majoritária é o cristianismo, e a classe social mais frequente é a média (36,99%). A Análise Prototípica revelou que o núcleo central das representações da loucura envolve termos como *medo*, *doença*, *insanidade*, *descontrole* e *violência*, indicando uma percepção da loucura como ameaça e desestabilização social. A primeira periferia inclui termos como *delírio*, *sofrimento*, *transtorno*, *angústia* e *isolamento*, refletindo uma concepção voltada ao sofrimento psíquico. A objetivação da loucura manifesta-se por meio de imagens concretas, especialmente estereótipos de violência e descontrole. A ancoragem observada foi predominantemente emocional (centrada no medo e sofrimento) e sociológica (relacionada à marginalização e estigmatização). A CHD evidenciou duas grandes divisões: uma centrada em perspectivas sociais e subjetivas, que concebem a loucura como construção social e experiência vivida; e outra focada em explicações biomédicas e psicológicas, que a entendem como desordem psíquica e descontrole. As classes identificadas refletem uma multiplicidade de significados, que vão da loucura como fenômeno social à sua definição como transtorno mental diagnosticável. A polifasia cognitiva manifesta-se de forma evidente nas representações, revelando a coexistência de diferentes sistemas de conhecimento — biomédico, social e existencial — em uma rede complexa de sentidos. A experiência da loucura é interpretada de modos variados, conforme o contexto sociocultural e a formação acadêmica dos participantes. Observou-se a predominância dos SRS biomédico e psicológico no núcleo das representações, enquanto os SRS sociocultural e filosófico-existencial emergiram mais nas periferias. As funções das representações — conhecimento, identidade, orientação e justificação — foram identificadas, demonstrando como essas construções moldam atitudes sociais, políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental. A pesquisa propõe um modelo integrativo que reconhece a interação entre os SRS e a Polifasia Cognitiva como elementos centrais na construção social da loucura. A discussão final ressalta a urgência de abordagens interdisciplinares que integrem dimensões biomédicas, simbólicas, culturais e afetivas, promovendo políticas públicas de saúde mental mais inclusivas e sensíveis à complexidade da experiência humana.

**Palavras-chave:** Representações Sociais; Loucura; Sistemas de Representações Sociais; Polifasia Cognitiva; Modelo Integrativo.

## ***Abstract***

---

This thesis investigates the Social Representations (SR) of madness through an integrative model that articulates Systems of Social Representations (SSR) and Cognitive Polyphasia. Grounded in the Theory of Social Representations (TSR), the study analyzes the historical and discursive construction of madness, highlighting symbolic disputes among biomedical, philosophical, psychological, sociocultural, spiritual-religious, and artistic-creative approaches. The main objective is to understand how different systems of knowledge influence the SR of madness and their implications for mental health practices and policies. A qualitative methodological approach was adopted, combining historical analysis, scoping review, the Free Word Association Technique (FWAT), and lexicometric analyses using the IRaMuTeQ software. The sample consisted of 200 participants from the state of Paraíba (Brazil), whose responses were analyzed through Prototypical Analysis and Descending Hierarchical Classification (DHC). Results indicate that most participants were female (75.24%), aged between 18 and 29 years, with predominantly incomplete higher education (37.5%) or postgraduate education (33.93%). Christianity was the predominant religion, and the most common social class was middle (36.99%). The Prototypical Analysis revealed that the central core of the representations of madness includes terms such as *fear*, *illness*, *insanity*, *loss of control*, and *violence*, indicating a perception of madness as a threat and a source of social destabilization. The first periphery comprised terms such as *delirium*, *suffering*, *disorder*, *anguish*, and *isolation*, reflecting an understanding of madness as psychological distress. The process of objectification was expressed through concrete images, especially stereotypes related to violence and lack of control. Anchoring was predominantly emotional (centered on fear and suffering) and sociological (linked to marginalization and stigmatization). The DHC revealed two major clusters: one focused on social and subjective perspectives, which frame madness as a social construct and lived experience; and another centered on biomedical and psychological explanations, which define madness as a psychic disorder and a loss of control. The identified classes reflect a multiplicity of meanings, ranging from madness as a social phenomenon to its conceptualization as a diagnosable mental disorder. Cognitive polyphasia was clearly manifested in the representations, revealing the coexistence of distinct knowledge systems — biomedical, social, and existential — forming a complex network of meanings. Interpretations of madness varied according to participants' sociocultural backgrounds and educational levels. The biomedical and psychological SSRs were predominant in the representational core, while the sociocultural and philosophical-existential SSRs emerged more prominently in peripheral classes. The representational functions — knowledge, identity, orientation, and justification — were identified, illustrating how these representations shape social attitudes, mental health policies, and care practices. The study proposes an integrative model that recognizes the interaction between SSR and Cognitive Polyphasia as central elements in the social construction of madness. The final discussion emphasizes the need for interdisciplinary approaches that integrate not only biomedical dimensions but also symbolic, cultural, and affective components, aiming for more inclusive and context-sensitive mental health policies.

**Keywords:** Social Representations; Madness; Systems of Social Representations; Cognitive Polyphasia; Integrative Model.

## **Resumen**

---

Esta tesis investiga las Representaciones Sociales (RS) de la locura a partir de un modelo integrador que articula los Sistemas de Representaciones Sociales (SRS) y la Polifasia Cognitiva. Fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), la investigación analiza la construcción histórica y discursiva de la locura, evidenciando disputas simbólicas entre enfoques biomédicos, filosóficos, psicológicos, socioculturales, espiritual-religiosos y artístico-creativos. El objetivo principal es comprender cómo distintos sistemas de saber influyen en las RS de la locura y sus implicaciones en las prácticas y políticas de salud mental. Se adopta un enfoque metodológico cualitativo que combina análisis histórico, revisión de alcance, Técnica de Asociación Libre de Palabras (TALP) y análisis lexicométricos con el software IRaMuTeQ. La muestra está compuesta por 200 participantes del estado de Paraíba (Brasil), cuyas respuestas fueron analizadas mediante el Análisis Prototípico y la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD). Los resultados indican que la mayoría de los participantes son mujeres (75,24%) y tienen entre 18 y 29 años, con un nivel educativo predominantemente de educación superior incompleta (37,5%) o posgrado (33,93%). La religión predominante es el cristianismo y la clase social más frecuente es la media (36,99%). El Análisis Prototípico reveló que el núcleo central de las representaciones de la locura incluye términos como miedo, enfermedad, insanidad, descontrol y violencia, lo que indica una percepción de la locura como amenaza y desestabilización social. La primera periferia incluye términos como delirio, sufrimiento, trastorno, angustia y aislamiento, reflejando una concepción centrada en el sufrimiento psíquico. La objetivación de la locura se manifiesta mediante imágenes concretas, especialmente estereotipos de violencia y descontrol. La anclaje observada fue predominantemente emocional (centrada en el miedo y el sufrimiento) y sociológica (relacionada con la marginación y la estigmatización). La CHD evidenció dos grandes divisiones: una centrada en perspectivas sociales y subjetivas, que conciben la locura como construcción social y experiencia vivida; y otra enfocada en explicaciones biomédicas y psicológicas, que la entienden como desorden psíquico y pérdida de control. Las clases identificadas reflejan una multiplicidad de significados, que van desde la locura como fenómeno social hasta su definición como trastorno mental diagnosticable. La polifasia cognitiva se manifiesta claramente en las representaciones, revelando la coexistencia de distintos sistemas de conocimiento —biomédico, social y existencial— en una red compleja de sentidos. La experiencia de la locura es interpretada de formas diversas, según el contexto sociocultural y la formación académica de los participantes. Se observó la predominancia de los SRS biomédico y psicológico en el núcleo de las representaciones, mientras que los SRS sociocultural y filosófico-existencial emergieron principalmente en las periferias. Se identificaron las funciones de las representaciones —conocimiento, identidad, orientación y justificación— evidenciando cómo estas construcciones moldean actitudes sociales, políticas públicas y prácticas de cuidado en salud mental. La investigación propone un modelo integrador que reconoce la interacción entre los SRS y la Polifasia Cognitiva como elementos centrales en la construcción social de la locura. La discusión final destaca la urgencia de enfoques interdisciplinarios que integren dimensiones biomédicas, simbólicas, culturales y afectivas, promoviendo políticas públicas de salud mental más inclusivas y sensibles a la complejidad de la experiencia humana.

**Palabras clave:** Representaciones Sociales; Locura; Sistemas de Representaciones Sociales; Polifasia Cognitiva; Modelo Integrador.

## ***Lista de Imagens, Figuras, Quadros e Tabelas***

---

- 1) Figura 1. Fluxograma de rastreio dos estudos incluídos..... 149
- 2) Quadro 1 - Modelo integrativo das RS da Loucura. .... 194
- 3) Quadro 2 – Partições e Classes resultantes da CHD.....261
- 4) Tabela 1 - Trabalhos incluídos na revisão de escopo e suas informações essenciais. 149
- 5) Tabela 2 - Quadrantes da Análise Prototípica .....251

## *Lista de Abreviações e Siglas*

---

1. AC – Análise de Conteúdo
2. AD – Análise de Discurso
3. ADoc – Análise Documental
4. APA – American Psychological Association
5. CAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
6. CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
7. CHD – Classificação Hierárquica Descendente
8. CID – Classificação Internacional de Doenças
9. DP – Desvio Padrão
10. DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
11. IRAMUTEQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
12. KMT – Kuomintang (Partido Nacionalista Chinês)
13. MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
14. PANUSP – Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities
15. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
16. RS – Representações Sociais
17. SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
18. SRS – Sistemas de Representações Sociais
19. SUS – Sistema Único de Saúde
20. TALP – Técnica de Associação Livre de Palavras
21. TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
22. TRS – Teoria das Representações Sociais
23. TV – Televisão
24. UCEs – Unidades de Contexto Elementares
25. UFPB – Universidade Federal da Paraíba

## *Sumário*

---

Agradecimentos .....	10
Resumo .....	14
Abstract .....	15
Resumen.....	16
Lista de Imagens, Figuras, Quadros e Tabelas .....	17
Lista de Abreviações e Siglas .....	18
Sumário .....	19
Introdução e Apresentação .....	27
1 Uma Breve História .....	27
2 Apresentação do Trabalho.....	30
2.1 Problema de Pesquisa .....	33
2.2 Objetivo Geral.....	33
2.3 Pressupostos.....	34
2.4 Justificativa .....	36
2.5 Minha tese.....	38
3 Organização Estrutural.....	38
BLOCO 1 – Genealogia e Construção Social da Loucura.....	43
CAPÍTULO 1: Revisitando a História da Loucura.....	47
1 Introdução .....	47
2 A Loucura na Antiguidade Clássica .....	49

	20
3 A Loucura na Idade Média.....	52
4 A loucura na Idade Moderna .....	57
5 A Loucura na Idade Contemporânea.....	61
6 Expandindo o mapa da história da loucura .....	68
6.1 Contextos Africanos.....	69
6.2 Índia e Bengala .....	75
6.3 Birmânia.....	77
6.4 China, Japão e Taiwan .....	78
7 Modelos Históricos de Compreensão da Loucura: novas Perspectivas.....	82
8 Considerações Parciais.....	86
CAPÍTULO 2: A Produção Social da Loucura: Disputas Epistêmicas, Normatividade e Resistência .....	91
1 Introdução: A Construção Social da Loucura entre o Real e a Realidade .....	91
2 O Normal e o Patológico: A Normatividade Vital e os Limites da Psiquiatria.....	92
3 Entre a Biologia e o Poder: Canguilhem e Foucault na Construção do Normal e do Patológico .....	94
4 A Subjetividade como Resistência: A Loucura para Além dos Discursos Biomédicos .....	96
5 Loucura Concreta e Loucura Rústica: Disputas Simbólicas e Políticas na Definição da Irracionalidade.....	98
6 A Loucura na Mídia: Estigmatização, Espetacularização e Movimentos Contranarrativos.....	100

7 A Loucura e a Subjetividade no Neoliberalismo: Entre a Medicalização e a Precarização da Vida.....	104
8 Considerações Parciais.....	107
BLOCO 2 – Bases Teóricas e Explicativas das Representações da Loucura .....	112
CAPÍTULO 3: A Teoria das Representações Sociais .....	116
1 A Fundação e a Evolução das RS.....	116
2 As Representações Sociais.....	117
3 A Tripla Dimensão da Psicologia Social.....	120
4 Representações Sociais Baseadas em Crenças ou Conhecimento .....	122
6 Universos de Conhecimento e Polifasia Cognitiva.....	123
5 Dimensões fundamentais das Representações .....	125
6 A Objetivação e seus processos.....	126
7 A Ancoragem e seus tipos .....	128
8 A dimensão afetiva das Representações.....	130
9 Sistemas de Representações Sociais (SRS) .....	131
10 Abordagens da TRS .....	134
10.1 Abordagem Processual.....	134
10.2 Abordagem Estrutural .....	136
10.3 Abordagem Societal .....	138
11 Considerações Parciais.....	140
CAPÍTULO 4: Sistemas de Representações Sociais, Polifasia Cognitiva e Modelos Explicativos da Loucura: Uma Revisão de Escopo .....	144

1 Introdução .....	144
2 Objetivos .....	145
3 Método .....	145
3.1 Estratégia de busca.....	146
3.3 Critérios de Elegibilidade .....	146
3.3 Seleção dos Estudos.....	147
3.3 Extração e Síntese dos Dados .....	147
4 Resultados e Discussões .....	148
4.1 Ano de Publicação.....	151
4.2 Meio de publicação dos trabalhos.....	153
4.3 País de origem.....	154
4.4 Obetivos .....	155
4.5 Métodos dos trabalhos .....	157
4.6 Abordagens teóricas .....	158
4.7 Modelos e proposições inovadoras .....	160
4.8 SRS .....	168
4.9 Polifasia cognitiva.....	169
4.10 Principais resultados .....	171
4.11 Tendências Futuras.....	178
4.12 Lacunas e indicações futuras .....	181
5 Considerações Parciais.....	184

BLOCO 3 – Modelo Integrativo e Análise Empírica das Representações Sociais da Loucura .....	188
CAPÍTULO 5: Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura.....	192
1 Introdução .....	192
2 Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura.....	193
2.1 A Tríade Ego-Alter-Objeto.....	197
2.2 Representações Baseadas em Crenças ou Conhecimento sobre a Loucura.....	200
2.3 Universos de Pensamento e Polifasia Cognitiva.....	203
2.4 As dimensões fundamentais das Representações Sociais da loucura .....	205
2.5 A Objetivação nas Representações Sociais da Loucura.....	206
2.6 A Ancoragem nas Representações Sociais da Loucura.....	208
2.7 Atitude e Suas Dimensões no Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura .....	211
2.7.1 <i>Dimensão Cognitiva</i> .....	212
2.7.2 <i>A Dimensão Afetiva</i> .....	213
2.7.3 <i>Dimensão Comportamental</i> .....	216
2.8 Sistemas de Representações Sociais da Loucura .....	218
2.9 A Estrutura da Representações Sociais da loucura .....	234
3 Considerações Parciais.....	236
CAPÍTULO 6: Representações Sociais da Loucura entre Residentes da Paraíba .....	242
1 Introdução .....	242
2 Método .....	244

2.1 Análise prototípica .....	245
2.1 Classificação Hierárquica Descendente (CHD).....	245
3 Resultados e Discussão .....	246
3.1 Dados sociodemográficos .....	246
3.3 Análise Prototípica .....	250
3.4 Classificação Hierárquica Descendente (Método de Reinert) .....	260
3.4.1 Classe 6: <i>A Loucura como Construção Social</i> .....	264
3.4.2 Classe 1: <i>A Loucura como Ruptura Existencial</i> .....	266
3.4.3 Classe 7: <i>A Loucura como Reação ao Sofrimento Social</i> .....	268
3.4.4 Classe 5: <i>A Loucura como Perda de Controle</i> .....	270
3.4.5 Classe 4: <i>A Loucura como Colapso da Razão</i> .....	273
3.4.6 Classe 3: <i>A Loucura como Dissociação da Realidade</i> .....	275
3.4.7 Classe 2: <i>A Loucura como Desordem Psíquica</i> .....	279
3.4.8 <i>A análise dos resultados da CHD frente ao Modelo Integrativo das RS da loucura</i> .....	282
4 Considerações Parciais.....	286
Considerações Finais .....	291
Referências Bibliográficas .....	295
Anexos .....	313
Anexo 1 – itens do formulário online de coleta de dados.....	313
Anexo 2 - imagem original como retirada do programa dos quadrantes de Análise Prototípica.....	316

Anexo 3 - imagem original do dendrograma como retirada do programa.....	317
Anexo 4 – Legenda completa do Quadro do Modelo Integrativo .....	318

# Introdução e Apresentação

**“Uma Lição Clínica na Salpêtrière” (1887), de André Brouillet, retrata Jean-Martin Charcot demonstrando um caso de histeria diante de alunos na Pitié-Salpêtrière. A obra simboliza a medicalização da loucura no século XIX, transformando-a em espetáculo científico e reforçando seu controle pela psiquiatria.**



## ***Introdução e Apresentação***

---

### **1 Uma Breve História**

Este estudo tem origem em uma questão fundamental: Por que representamos a loucura da maneira que o fazemos? Desde a infância, sempre fui cativado pelos mistérios do funcionamento psicológico humano, e entre esses enigmas, a loucura exerceu sobre mim um fascínio singular. A possibilidade de a mente se desviar dos padrões estabelecidos, transgredir fronteiras da realidade, desafiar a lógica e subverter concepções convencionais de normalidade sempre despertou em mim uma curiosidade incessante.

Como a sociedade estabelece os limites entre o normal e o anormal? Quais fatores sociais, culturais e individuais influenciam nossas representações sobre a loucura? Com o tempo, essas indagações deixaram de ser meras reflexões pessoais para se tornarem um compromisso intelectual, consolidando-se nesta pesquisa. Assim, este trabalho não é apenas um empreendimento acadêmico, mas a materialização de uma busca iniciada muito antes que eu compreendesse os fundamentos da ciência: uma tentativa de responder à pergunta de uma criança que, sem saber, já delineava um problema científico.

Neste compromisso, tenho participado do desenvolvimento de produções no campo das representações sociais (RS<sup>2</sup>) e saúde mental, incluindo uma dissertação de mestrado (Moura, 2021), capítulos de livro (Oliveira, Sousa, Maciel & Moura, 2020; Moura & Maciel, 2023; Moura & Maciel, 2024), um livro como organizador (Maciel, Menezes, & Moura, 2020) e um artigo publicado (Rocha, Caldas, Maciel & Moura, 2022).

Essa história está vinculada ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O grupo tem desempenhado

---

<sup>2</sup> De agora em diante, por todo o trabalho, utilizaremos esta sigla para designar o conceito de representações sociais tanto no singular quanto no plural.

um papel importante no avanço das pesquisas em Psicologia Social, especialmente no campo das RS, preconceito, saúde mental e dependência química. Fundado e coordenado pela Professora Doutora Silvana Carneiro Maciel, o GPSMDQ consolidou-se como um espaço de produção científica, formação acadêmica e intervenção social, investigando as RS da loucura e dos transtornos mentais sob diferentes perspectivas teóricas e metodológicas.

O sucesso do grupo está vinculado aos seus pesquisadores excepcionais e à trajetória acadêmica de sua coordenadora, que, desde sua formação, dedicou-se à pesquisa sobre os determinantes sociais e psicológicos da exclusão das pessoas com transtornos mentais. A dissertação de mestrado de Maciel, defendida em 1998, já demonstrava interesse pelo tema das RS, ao analisar como profissionais da saúde e do direito compreendiam o uso de drogas e seus usuários. No doutorado, sua pesquisa ampliou essa análise para a exclusão/inclusão social dos doentes mentais no contexto da Reforma Psiquiátrica (Maciel, 2008). Seu pós-doutorado em Portugal, realizado no Instituto de Ciências Sociais (ICS) sob a orientação de Cícero Pereira, marcou uma virada metodológica em sua produção acadêmica, incorporando abordagens quantitativas e contribuindo para o desenvolvimento de escalas psicométricas sobre preconceito e percepção de ameaça frente aos portadores de transtornos mentais (Maciel et al., 2015; 2020).

O GPSMDQ tornou-se um espaço de formação de discentes da graduação ao pós-doutorado, promovendo a integração entre ensino, pesquisa e extensão. O grupo esteve envolvido em projetos de iniciação científica, extensão universitária, projetos de pesquisa e eventos de projeção nacional e internacional. Entre estes, destaca-se o Congresso Brasileiro sobre Saúde Mental e Dependência Química (CBSMDQ), cuja primeira edição ocorreu em 2013, reunindo centenas de pesquisadores e profissionais da saúde mental e resultando na publicação de livros e artigos científicos (Maciel & Roque, 2016; Maciel et al., 2019).

A produção acadêmica do GPSMDQ abrange diversos temas<sup>3</sup>, mas aqui daremos foco à investigação das RS no campo da saúde mental. Estudos conduzidos pelo grupo evidenciam que as RS da doença mental ainda se sustentam em crenças estereotipadas e percepções de ameaça, perpetuando o modelo biomédico de tratamento e a exclusão social de pessoas com transtornos mentais. As representações predominam por associações negativas, vinculando frequentemente os transtornos mentais à periculosidade e à incapacidade, o que reforça estigmas e impõe barreiras à implementação de um modelo de atenção mais humanizado e inclusivo (Maciel, 2008; Maciel et al., 2019; Maciel & Souza, 2020; Ramalho et al., 2017; Vieira et al., 2018).

A análise das percepções de estudantes, profissionais da saúde e familiares demonstra como essas representações influenciam diretamente atitudes e práticas de cuidado, gerando resistência à adoção de abordagens que promovam a integração social e o respeito à dignidade dos pacientes. Além disso, as pesquisas identificaram crenças causais diversas sobre os transtornos mentais, abrangendo explicações psicológicas, biológicas, religiosas e socioeconômicas, que impactam significativamente a aceitação ou rejeição de diferentes modelos de atenção em saúde mental (Maciel et al., 2018; Maciel et al., 2015; Sousa & Maciel, 2019; Sousa et al., 2022).

Os estudos também apontaram que crenças estereotipadas e a percepção de ameaça estão diretamente associadas à resistência ao paradigma psicossocial, dificultando a adoção de

---

<sup>3</sup> O Grupo desenvolve estudos voltados para diversas temáticas dentro da Psicologia Social da Saúde. Suas principais linhas de pesquisa incluem as Representações Sociais da Saúde Mental, abordando crenças, estereótipos e preconceitos sobre transtornos mentais e a Reforma Psiquiátrica; Dependência Química, investigando representações, prevenção, tratamento e impactos psicossociais do uso de substâncias; Preconceito e Estigmatização, com foco na obesidade, transtornos mentais e populações vulneráveis; Saúde Mental e Justiça, analisando percepções de profissionais do direito sobre abuso sexual infantil e violências; Autismo e Educação, explorando crenças e atitudes de estudantes universitários sobre o autismo; Bem-estar e Qualidade de Vida, considerando aspectos como envelhecimento ativo e saúde de cuidadores; Psicometria e Construção de Instrumentos, incluindo validações transculturais e desenvolvimento de escalas sobre estereótipos e atitudes frente a diversas condições de saúde. A produção científica do grupo reflete a articulação entre Psicologia Social, Saúde Mental e Políticas Públicas, promovendo análises críticas sobre inclusão social e práticas assistenciais.

cuidados centrados na inclusão e no bem-estar dos pacientes. Outro achado relevante foi a manifestação do preconceito, tanto em formas explícitas quanto sutis, particularmente em relação à esquizofrenia. A diferenciação entre essas formas de discriminação revela a complexidade das atitudes sociais diante dos transtornos mentais, destacando a necessidade de estratégias mais eficazes para combater o estigma e garantir o acesso equitativo aos cuidados (Maciel et al., 2020; Maciel et al., 2019; Melo, 2017; Moura & Maciel, 2023; Vieira et al., 2018).

Por fim, os resultados ressaltam a importância de articular os estudos sobre RS com políticas públicas de saúde mental. A persistência de crenças preconceituosas e representações negativas representa um desafio à efetiva inclusão social, tornando indispensável a reformulação de discursos e práticas. Esses achados reforçam o papel fundamental da educação e da sensibilização na formação de profissionais comprometidos com abordagens menos estigmatizantes e mais integrativas da saúde mental (Maciel, 2008; Maciel et al., 2018; Maciel et al., 2019; Sousa et al., 2018; Vieira et al., 2018).

Assim, ao longo dos anos, o GPSMDQ consolidou-se como um grupo de referência na pesquisa sobre RS da loucura e do transtorno mental, contribuindo para o avanço do conhecimento acadêmico e a formação de profissionais comprometidos com uma abordagem mais inclusiva e menos estigmatizante da saúde mental.

## **2 Apresentação do Trabalho**

É neste fértil contexto de produção e desenvolvimento do GPSMDQ, sob a orientação da Professora Doutora Silvana Carneiro Maciel, que se insere esta tese, intitulada *“Representações Sociais da Loucura: Um Modelo Integrativo entre Sistemas de Representações e Polifasia Cognitiva”*.

A loucura, enquanto fenômeno social, histórico e culturalmente situado, desafia os sistemas de conhecimento há séculos. Desde a Antiguidade, suas formas de percepção, classificação e tratamento refletem avanços das ciências médicas e psicológicas, bem como mecanismos de exclusão e normalização que estruturam as sociedades (Foucault, 1978; Pessotti, 1994; Sevalho, 1993). Sua construção histórica é dinâmica, atravessada por transformações científicas, filosóficas, religiosas e culturais, e, como argumenta Foucault (2006), está profundamente vinculada às relações de poder e aos dispositivos de controle social, que a posicionam como um marcador das fronteiras entre razão e desrazão.

As concepções sobre a loucura foram moldadas por diferentes contextos históricos e epistemológicos. Na Antiguidade Clássica, explicações mitológicas e naturalistas coexistiam, ora associando a loucura à inspiração e ao conhecimento supremo, ora vinculando-a ao descontrole emocional e à perda da razão (Montenegro, 2014; Aristóteles, 1991). Com o avanço do pensamento médico, surgiram abordagens que rejeitavam interpretações sobrenaturais, passando a compreender a saúde mental a partir do equilíbrio fisiológico do corpo (Pessotti, 1999; Cherubini, 2006).

Na Idade Média, o cristianismo redefine as concepções de loucura, associando-a a questões morais e espirituais. O pensamento teológico fortalece a ideia de que a loucura está ligada à transgressão da ordem divina, enquanto práticas institucionais consolidam a segregação dos considerados insanos (Cherubini, 2006; Bankhead, 2016; Foucault, 1978; Silveira & Braga, 2005; Batista, 2014). Paralelamente, algumas correntes médicas já reconheciam explicações naturais para a loucura, evidenciadas em registros da época (Neugebauer, 1979; 1989).

Com a Modernidade, surgem novas interpretações sobre a loucura. O período oscila entre sua marginalização e romantização, ao mesmo tempo em que questiona os limites entre

sanidade e irracionalidade (Foucault, 1978; Batista, 2014). No Iluminismo, a Revolução Científica sistematiza seu estudo, consolidando um modelo racionalista que exclui a loucura da cognição racional. A era também marca o início do confinamento sistemático dos loucos, estabelecendo novas formas de controle social (Foucault, 1978; Batista, 2014).

No século XIX, a psiquiatria se estrutura como disciplina científica, impulsionada por abordagens que buscavam humanizar o tratamento dos chamados alienados. O discurso médico passa a regular a loucura por meio da ordem, disciplina e observação clínica, substituindo métodos arbitrários. No entanto, como aponta Foucault (1978), essa transformação também reforça mecanismos de normatização e controle. Paralelamente, o positivismo e os avanços científicos consolidam a perspectiva biomédica, priorizando explicações fisiológicas e anatômicas para os transtornos mentais e influenciando os rumos da psiquiatria moderna (Resende, 2000).

Com o advento do século XX, surgem os questionamentos aos modelos asilares, especialmente após a Segunda Guerra Mundial. Movimentos reformistas, como a Psiquiatria Comunitária na França e a Antipsiquiatria no Reino Unido, ganham força. Na Itália, Franco Basaglia lidera a luta pela desinstitucionalização psiquiátrica, culminando na Lei 180/1978, que desmantela manicômios e institui um novo modelo de atenção à saúde mental (Batista, 2014). No Brasil, a Reforma Psiquiátrica avança nos anos 1980, levando à criação dos CAPS e à reestruturação do sistema de saúde mental no SUS (Queiroga & Souza, 2022).

Nesse contexto, a Teoria das Representações Sociais (TRS<sup>4</sup>) permite analisar como a sociedade estrutura seus significados sobre a loucura e suas implicações sociais (Moscovici, 1978; Jodelet, 1989; 2002; Marková, 2003). Para Moscovici (1978), as RS não são apenas reflexos do mundo, mas construções dinâmicas que moldam a realidade. Essas representações

---

<sup>4</sup> De agora em diante, por todo o trabalho, utilizaremos esta sigla para designar a Teoria das Representações Sociais.

objetivam e ancoram a loucura, transformando-a em imagens e discursos compartilhados. Essa dinâmica das RS permite sua organização em ecossistemas cognitivos, conhecidos como Sistemas de Representações Sociais (SRS<sup>4</sup>). Esse conceito ressalta a interconexão das representações em redes interdependentes (Félix et al., 2016). No caso da loucura, os SRS englobam representações biomédicas, psicológicas, socioculturais, espiritual-religiosas, filosófico-existenciais e artístico-criativas, cada qual conferindo diferentes sentidos à experiência da insanidade (Moura & Maciel, 2024).

O que possibilita essa coexistência é a polifasia cognitiva, um conceito fundamental na TRS que expressa a simultaneidade de distintas formas de conhecimento no pensamento social (Moscovici, 1978; Jovchelovitch, 2004, 2014; Arruda, 2014). Esse fenômeno evidencia como os saberes científicos, religiosos e tradicionais interagem e se transformam. Assim, compreender as RS da loucura permite analisar não apenas políticas de saúde mental e práticas psiquiátricas, mas também os estigmas e crenças que moldam a percepção da insanidade na cultura popular e nos discursos científicos (Maciel, 2008).

## **2.1 Problema de Pesquisa**

Neste contexto de historicidade e atualidade das RS da loucura, adotamos o seguinte problema de pesquisa: como os diferentes sistemas históricos, sociais e epistêmicos de compreensão da loucura se estruturam, interagem e transformam suas representações ao longo do tempo, e de que maneira essas disputas simbólicas, mediadas pelos SRS e pela polifasia cognitiva, modulam a subjetividade, influenciam as normatividades e impactam as práticas sociais contemporâneas?

## **2.2 Objetivo Geral**

Nos esforços de responder esta pergunta, adotamos o seguinte objetivo geral: analisar a evolução das RS da loucura a partir das disputas entre diferentes sistemas de conhecimento e

poder, investigando como os SRS e a polifasia cognitiva estruturam, reconfiguram e ressignificam a compreensão social da loucura ao longo da história. Como objetivos específicos, adotamos os seguintes:

- 1) Mapear historicamente os SRS da loucura, identificando suas transformações e disputas em diferentes períodos e contextos socioculturais.
- 2) Examinar os processos de objetivação e ancoragem na construção das RS da loucura, analisando como os significados sobre o fenômeno são materializados e naturalizados.
- 3) Explorar o papel da polifasia cognitiva na coexistência e tensão entre múltiplas explicações sobre a loucura, considerando discursos biomédicos, psicológicos, espirituais, filosóficos e socioculturais.
- 4) Investigar a influência da tríade Ego-Alter-Objeto na configuração das RS da loucura, analisando os processos de identificação, alteridade e estigmatização.
- 5) Analisar criticamente a hegemonia do modelo biomédico e psiquiátrico, investigando seus efeitos na definição da loucura, nas práticas de saúde mental e nos processos de medicalização e patologização do sofrimento psíquico.
- 6) Identificar a diversidade de sistemas explicativos da loucura em diferentes contextos históricos e culturais, destacando as interseções entre saberes tradicionais, científicos e populares.
- 7) Contribuir para o avanço da TRS, propondo um modelo integrativo que relacione os SRS, a polifasia cognitiva e os processos de exclusão e ressignificação da loucura.
- 8) Desenvolver uma abordagem crítica e interdisciplinar sobre a loucura, articulando contribuições da psicologia social, filosofia, história, antropologia, psiquiatria crítica e estudos culturais.
- 9) Examinar empiricamente as RS da loucura, verificando sua estruturação, interação entre sistemas de conhecimento e aplicabilidade do Modelo Integrativo das RS da Loucura.

### **2.3 Pressupostos<sup>5</sup>**

Diante destes objetivos, os pressupostos a seguir expressam os princípios que orientam esta investigação, consolidando o arcabouço teórico a partir do qual as RS da loucura são compreendidas e analisadas:

---

<sup>5</sup> Utilizamos este termo como substitutos de hipóteses, uma vez que estas últimas são frequentemente utilizadas em um trabalho quantitativo. A sua diferença consiste no fato de que as hipóteses são afirmações testáveis que orientam a investigação, estabelecendo relações entre variáveis e permitindo sua verificação empírica por meio de métodos estatísticos. Já os pressupostos ou premissas em um trabalho qualitativo funcionam como princípios

- 1) A loucura é uma construção social e histórica modulada por discursos, normatividades e disputas epistêmicas. Sua definição não é universal nem atemporal, sendo representada por múltiplos sistemas explicativos—biomédico, psicológico, sociocultural, filosófico, espiritual-religioso e artístico-criativo—que coexistem em tensão e constante ressignificação.
- 2) As RS da loucura são historicamente situadas e desempenham um papel central na regulação social, legitimando práticas normativas e sustentando discursos excludentes. No entanto, esses discursos são dinâmicos e podem ser transformados por disputas simbólicas entre diferentes sistemas de conhecimento.
- 3) Os SRS organizam e estruturam o conhecimento sobre a loucura, mas sua abordagem na literatura ainda é fragmentada e permeada por disputas epistemológicas. A superação dessa fragmentação exige um modelo integrativo que reconheça a interação entre diferentes formas de saber e seus efeitos sobre as percepções e práticas sociais.
- 4) A polifasia cognitiva permite a coexistência de sistemas explicativos contraditórios sobre a loucura, tornando as RS desse fenômeno heterogêneas e dinâmicas. Essa coexistência gera tensões entre discursos dominantes e alternativos, evidenciando processos de disputa e ressignificação ao longo do tempo.
- 5) O processo de objetivação converte a loucura em imagens socialmente naturalizadas, como a do "insano", "descontrolado" ou "doente mental", enquanto a ancoragem ocorre predominantemente nos modelos biomédico e psicológico. Essas representações reforçam práticas de exclusão e controle ao estabelecer fronteiras rígidas entre normalidade e desvio, mas podem ser questionadas e ressignificadas por perspectivas filosóficas, socioculturais, artísticas e espirituais.

---

norteadores que fundamentam a interpretação dos fenômenos estudados, baseando-se em perspectivas teóricas e na construção do significado a partir das experiências e contextos analisados.

- 6) A psiquiatria moderna não apenas descreve a loucura, mas a produz como um objeto de intervenção biopolítica, regulando corpos e subjetividades sob um modelo hegemônico. Apesar dessa hegemonia, epistemologias locais resistem, reconfiguram categorias diagnósticas e introduzem novas formas de compreensão e cuidado, tensionando os discursos psiquiátricos tradicionais.
- 7) A comunicação social e os discursos institucionais são os principais veículos de disseminação e transformação das RS. A mídia, nesse contexto, desempenha um papel ambivalente: enquanto reforça estigmas e discursos normativos, também abre espaço para contranarrativas que desafiam modelos hegemônicos e ressignificam o sofrimento psíquico.
- 8) O neoliberalismo intensifica a precarização da subjetividade ao promover a medicalização do sofrimento e individualizar a loucura, responsabilizando o sujeito por seu adoecimento mental. Nesse cenário, as emoções, principalmente do pólo negativo, desempenham um papel central nas RS da loucura.

#### **2.4 Justificativa**

A relevância desta pesquisa reside em diversos elementos. A compreensão das RS da loucura permite problematizar seus processos de exclusão e estigmatização contemporâneas. Desde a institucionalização da psiquiatria no século XIX até as políticas de saúde mental atuais, percebe-se a persistência de discursos que ora reforçam a medicalização da loucura, ora buscam sua ressignificação em direção a uma abordagem mais humanizada e inclusiva. Assim, investigar os SRS da loucura possibilita não apenas um mapeamento teórico e histórico desse fenômeno, mas também uma análise crítica das práticas sociais que o sustentam (Angermeyer & Matschinger, 1999; Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Castel, 1978; Conrad, 1992; Foucault, 1978; Goffman, 1961; Jodelet, 1989; Maciel, 2008; Moscovici, 1978; Pessotti, 1994; Pessotti,

1999; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017; Santos & Eskinazi, 2022; Wachelke, 2005; Yasui, 2010; Barbosa & Costa, 2023; Campos, 2013; Damião et al., 2024).

Além disso, a presente pesquisa contribui para o avanço da TRS ao propor um Modelo Integrativo, que articula dimensões diversas — como o Ego-Alter-Objeto, os SRS e a polifasia cognitiva — para compreender as formas pelas quais a loucura é pensada, vivida e narrada na sociedade contemporânea. A perspectiva integrativa deste estudo não se restringe a uma análise histórica ou disciplinar específica, mas busca abarcar a interconexão entre diferentes campos do saber, como a psiquiatria, a psicologia, a história, a sociologia, a filosofia e a arte (Moura & Maciel, 2024).

Outro elemento que contribui para a relevância deste trabalho é a necessidade de um olhar crítico sobre a disseminação de discursos hegemônicos acerca da loucura. A psiquiatria, por exemplo, consolidou-se como a principal instância de autoridade sobre os transtornos mentais, promovendo um modelo biomédico que frequentemente reduz a experiência da loucura a um conjunto de sintomas e classificações diagnósticas. Embora esse modelo tenha proporcionado avanços no tratamento da saúde mental, ele também tem sido criticado por sua tendência à patologização e à redução das dimensões subjetivas, sociais e culturais da loucura. Ao explorar a diversidade de SRS da loucura, esta tese propõe um contraponto a essa visão reducionista, ressaltando a importância de considerar múltiplas perspectivas para uma compreensão mais ampla do fenômeno (Foucault, 1978; Amarante, 2005; Castel, 1978; Goffman, 1961; Basaglia, 2005; Jodelet, 1989; Conrad, 1992; Caponi & Valencia, 2013; Corbanezi, Caponi, & Mazon, 2024; Santos et al., 2025; Sousa, Massette, 2024).

Por fim, este estudo se insere em um contexto de crescente debate sobre saúde mental, políticas públicas e direitos humanos. Movimentos como a Reforma Psiquiátrica Brasileira demonstram que a luta contra o confinamento manicomial e pela criação de serviços

substitutivos de atenção psicossocial está em constante disputa, sendo fundamental compreender como as representações da loucura influenciam as políticas e práticas institucionais nesse campo. Ao oferecer uma análise integrativa e interdisciplinar das RS da loucura, esta pesquisa contribui para o fortalecimento de abordagens mais inclusivas e menos estigmatizantes em relação ao sofrimento psíquico (Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Brasil, 2001; Castel, 1978; Costa et al., 2016; Figueirêdo, Delevati & Tavares, 2014; Maciel, 2008; Maciel et al., 2011; Pereira, 2003a; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017; Santos & Eskinazi, 2022; Yasui, 2010; Queiroga & Souza, 2022; Serafim et al., 2017; Vieira et al., 2018).

## **2.5 Minha tese**

Portanto, minha tese é a seguinte: a loucura é uma construção social e histórica, produzida por disputas epistêmicas, discursos normativos e sistemas de saber em constante tensão. Ao articular os SRS e a Polifasia Cognitiva, proponho um modelo integrativo que revela como múltiplas explicações — biomédicas, psicológicas, filosóficas, socioculturais, espirituais e artísticas — coexistem e disputam sentidos sobre a loucura, ora reforçando estigmas e exclusões, ora abrindo espaço para ressignificações. Essa abordagem permite compreender criticamente como as representações da loucura se objetivam e se ancoram, impactando práticas clínicas, discursos institucionais e políticas públicas de saúde mental.

## **3 Organização Estrutural**

Para fundamentar esta tese, sua organização segue três blocos principais, que articulam uma abordagem genealógica, teórica e empírica das RS da Loucura.

### ***Bloco 1 – Genealogia e Construção Social da Loucura (Capítulos 1 e 2)***

O primeiro capítulo, “*Revisitando a História da Loucura*”, traça um panorama histórico da loucura, examinando suas transformações epistemológicas, sociais e políticas desde a Antiguidade Clássica até a contemporaneidade. Analisa como distintos sistemas de

conhecimento – mítico-religioso, filosófico, biomédico, psicológico, sociocultural, espiritual-religioso e artístico-criativo – moldaram sua compreensão ao longo do tempo. Além do contexto ocidental, a discussão se expande para sociedades não ocidentais, ressaltando o impacto da colonização na psiquiatria global. Como síntese, o capítulo propõe um modelo integrativo para compreender as RS da loucura a partir de uma perspectiva histórica e transcultural.

O segundo capítulo, “*A Produção Social da Loucura – Disputas Epistêmicas, Normatividade e Resistência*”, investiga a construção social da loucura, destacando disputas epistêmicas, normatividades e formas de resistência que configuram suas representações. A partir de uma abordagem construcionista, analisa como discursos biomédicos, políticos e culturais regulam e produzem sentidos sobre a irracionalidade, explorando as normatividades vital (Canguilhem) e discursiva (Foucault). Discute a psiquiatria como dispositivo biopolítico, os embates simbólicos na definição da loucura e os processos de ressignificação promovidos pela subjetividade e por contranarrativas midiáticas e neoliberais. A relação entre esses aspectos e o modelo integrativo é destacada ao demonstrar como diferentes sistemas de representação estruturam e contestam os significados da loucura na sociedade contemporânea.

#### ***Bloco 2 – Bases Teóricas e Explicativas das Representações da Loucura (Capítulos 3 e 4)***

O terceiro capítulo, “*A Teoria das Representações Sociais*”, apresenta a teoria como arcabouço teórico central para compreender a construção do conhecimento social sobre a loucura. Aborda a evolução da TRS desde sua formulação por Serge Moscovici, explorando suas principais abordagens (processual, estrutural e societal) e conceitos essenciais, como objetivação, ancoragem e a dimensão afetiva. Introduce ainda a noção de SRS e a relação entre polifasia cognitiva e diferentes universos do saber. Esses elementos são articulados para

sustentar um modelo integrativo que permita compreender a construção, transformação e estabilização dos significados sociais da loucura ao longo do tempo.

O quarto capítulo, “*Sistemas de Representações Sociais, Polifasia Cognitiva e Modelos Explicativos da Loucura – Uma Revisão de Escopo*”, aprofunda a análise dos SRS e da Polifasia Cognitiva no campo das RS da Loucura, por meio de uma revisão de escopo da literatura científica. Além disso, identifica lacunas teóricas e metodológicas, destacando a necessidade de modelos explicativos mais integradores e multidimensionais.

### ***Bloco 3 – Modelo Integrativo e Análise Empírica das Representações Sociais da Loucura (Capítulos 5 e 6)***

O quinto capítulo, “*Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura*”, desenvolve o modelo proposto articulando múltiplas dimensões explicativas – biomédica, psicológica, sociocultural, espiritual-religiosa, filosófico-existencial e artístico-criativa. Explora como esses diferentes sistemas de compreensão se entrelaçam no fenômeno da polifasia cognitiva, refletindo tanto continuidades históricas quanto tensões contemporâneas. O modelo proposto busca evidenciar a interdependência entre sistemas de representação e os desafios na construção social da loucura, considerando processos de normatização, resistência e ressignificação.

O sexto capítulo, “*Representações Sociais da Loucura entre Residentes da Paraíba*”, apresenta a investigação empírica das RS da Loucura entre residentes da Paraíba. Utilizando metodologias como análise prototípica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD), identifica as concepções predominantes sobre a loucura e como elas se organizam e interagem. Os resultados são discutidos à luz dos processos de objetivação e ancoragem, da influência dos sistemas de representação e da ação da polifasia cognitiva na construção dessas representações. O capítulo destaca a centralidade do modelo biomédico, a presença de discursos socioculturais

e filosófico-existenciais, além das tensões entre medicalização e ressignificação da insanidade, sempre em diálogo com o Modelo Integrativo das RS da Loucura.



## ***BLOCO 1 – Genealogia e Construção Social da Loucura***

---

Este bloco (capítulos 1 e 2) tem como objetivo compreender a historicidade da loucura não apenas como um recurso teórico, mas como uma necessidade analítica para captar a complexidade de seus significados e impactos nas práticas sociais. Embora a TRS seja formalmente introduzida apenas no Bloco 2, parte-se do princípio de que a historicidade do objeto de estudo é um elemento central na investigação das RS (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2016).

A articulação entre história e psicologia social é fundamental para compreender como crenças, valores e identidades são construídos e transformados ao longo do tempo. Enquanto a psicologia social investiga os processos sociopsicológicos que sustentam e modificam as representações, a história fornece o contexto sociopolítico, econômico e cultural que molda esses processos. Essa abordagem integrada possibilita analisar de que forma eventos históricos influenciam as relações sociais, a formação de estereótipos, a construção de memórias coletivas e a evolução das representações da loucura, da exclusão e das dinâmicas de poder (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2016).

O *Capítulo 1 – Revisitando a História da Loucura*, vincula-se aos seguintes objetivos: (1) mapear historicamente os SRS da loucura, identificando suas transformações e disputas em diferentes períodos e contextos socioculturais; (2) examinar os processos de objetivação e ancoragem na construção das RS da loucura, analisando como os significados sobre o fenômeno são materializados e naturalizados; e (6) identificar a diversidade de sistemas explicativos da loucura em diferentes contextos históricos e culturais, destacando as interseções entre saberes tradicionais, científicos e populares.

Além disso, este capítulo se ancora nos seguintes pressupostos: (1) a loucura é uma construção social e histórica modulada por discursos, normatividades e disputas epistêmicas;

(2) as RS da loucura são historicamente situadas e desempenham um papel central na regulação social, legitimando práticas normativas e sustentando discursos excludentes; e (3) os SRS organizam e estruturam o conhecimento sobre a loucura, mas sua abordagem na literatura ainda é fragmentada e permeada por disputas epistemológicas.

*O Capítulo 2 – A Produção Social da Loucura: Disputas Epistêmicas, Normatividade e Resistência*, vincula-se aos seguintes objetivos: (5) analisar criticamente a hegemonia do modelo biomédico e psiquiátrico, investigando seus efeitos na definição da loucura, nas práticas de saúde mental e nos processos de medicalização e patologização do sofrimento psíquico; e (6) identificar a diversidade de sistemas explicativos da loucura em diferentes contextos históricos e culturais, destacando as interseções entre saberes tradicionais, científicos e populares.

Esse capítulo se ancora nos seguintes pressupostos: (1) a loucura é uma construção social e histórica modulada por discursos, normatividades e disputas epistêmicas; (2) as RS da loucura são historicamente situadas e desempenham um papel central na regulação social, legitimando práticas normativas e sustentando discursos excludentes; e (6) a psiquiatria moderna não apenas descreve a loucura, mas a produz como um objeto de intervenção biopolítica, regulando corpos e subjetividades sob um modelo hegemônico.

*A loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana. Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal. Não ter consciência dela, e ela ser grande, é ser louco. Ter consciência dela, e ela ser pequena, é ser desiludido. Ter consciência dela, e ela ser grande, é ser gênio (Fernando Pessoa).*

# CAPÍTULO 1: Revisitando a História da Loucura

**“A Nau dos Loucos” de Bosch é uma sátira visual renascentista que representa a insensatez humana e a inversão da ordem social, simbolizando um mundo à deriva na irracionalidade.**



## ***CAPÍTULO 1: Revisitando a História da Loucura***

---

### **1 Introdução**

A loucura nunca foi uma categoria fixa; suas definições sempre refletiram transformações culturais, científicas, filosóficas e religiosas ao longo da história (Foucault, 1978; Pessotti, 1994). Esse caráter dinâmico evidencia como as interpretações da loucura foram continuamente reformuladas para atender às exigências e tensões de cada época (Sevalho, 1993). Para além de um fenômeno inscrito no campo médico ou científico, a loucura está vinculada às estruturas sociais e às relações de poder que organizam as sociedades.

Foucault (1978) argumenta que a compreensão da loucura não se deve apenas ao avanço do conhecimento, mas, sobretudo, às necessidades de controle social. Nesse sentido, a loucura desempenhou um papel central na definição dos limites da normalidade e na legitimação de mecanismos de exclusão. A partir do Renascimento, o pensamento ocidental intensificou esse processo, estabelecendo uma separação radical entre razão e desrazão, o que culminaria na institucionalização dos loucos e na consolidação da psiquiatria como campo disciplinar (Foucault, 2006). O autor destaca que:

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há, de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico, não autorizando, assim, relacionamento senão através da universalidade abstrata da doença; há, de outro lado, o homem de loucura que não se comunica com o outro senão pelo intermediário de uma razão igualmente abstrata, que é ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo, exigência de conformidade. Linguagem comum não há; ou melhor, não há mais; a constituição da loucura como doença mental, no final do século XVIII, estabelece a constatação de um diálogo rompido, dá a separação como já adquirida, e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa,

um tanto balbuciantes, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão (Foucault, 2006, p. 154).

Esse processo evidencia como sociedades e indivíduos constroem seus próprios referenciais para interpretar o mundo, classificando como loucura ou absurdo tudo o que desafia suas normas e valores. Assim, as representações da loucura não são estáticas, mas se transformam continuamente à medida que novos paradigmas emergem e reconfiguram o pensamento vigente (Fromm, 1973, 1976; Foucault, 1978, 2006). Para compreender essa dinâmica, é fundamental percorrer a história da loucura no Ocidente, cuja influência moldou os modelos contemporâneos de entendimento sobre o tema. A Grécia Antiga, berço de diversas ciências, incluindo a Psicologia, desempenhou um papel central na formulação das primeiras explicações filosóficas, médicas e religiosas sobre os distúrbios mentais. Examinar esse legado permite compreender a evolução das concepções sobre a loucura e os processos que levaram à sua institucionalização (Araújo & Sugizaki, 2024; Cherubini, 2006; Foucault, 1978; Montenegro, 2014; Pessotti, 1994, 1999; Bock, Furtado & Teixeira, 2001).

No entanto, não devemos nos limitar a essa perspectiva. Assim, ao final do capítulo, expandimos a análise para incluir concepções de loucura em sociedades não-ocidentais, reconhecendo a diversidade de formas com que diferentes culturas compreenderam e responderam à loucura ao longo da história. Dessa maneira, este capítulo revisita a trajetória histórica da loucura, buscando encontrá-la em seu viés discursivo, nas relações de poder que instauram as fronteiras entre razão e desrazão, nos regimes da verdade que a constituíram e nas tecnologias de saber-poder que a disciplinaram. Se a loucura jamais foi uma categoria fixa, tampouco o são as formas pelas quais a interpretamos e os motivos que nos levam a delimitá-la.

## 2 A Loucura na Antiguidade Clássica

Na Antiguidade Clássica, o entendimento da loucura estava atrelado a sistemas mítico-religiosos, onde os deuses desempenhavam um papel central em sua explicação. Na Grécia Antiga, considerada o berço do pensamento ocidental<sup>6</sup>, a loucura era frequentemente vista como uma manifestação direta da vontade divina, seja como uma bênção ou uma maldição. Aqueles acometidos pela loucura eram, ao mesmo tempo, temidos e reverenciados, pois acreditava-se que estavam em contato com forças superiores, carregando sabedoria e poder, ou sendo vítimas de uma punição (Silveira & Braga, 2005; Alves et al., 2009).

Essa concepção é representada nas tragédias gregas, que espelhavam a visão social da loucura como uma força implacável resultante da ação divina. Em *Agamêmnon*, de Ésquilo, Cassandra, uma profetisa amaldiçoada por Apolo, é vista como louca por sua incapacidade de ser compreendida, embora tenha o dom da previsão. Sua loucura é um símbolo da separação entre o conhecimento divino e a incapacidade humana de entendê-lo, evidenciando o caráter trágico dessa forma de compreensão (Araújo, 2011). De modo semelhante, em *Ájax*, de Sófocles, o herói é levado à loucura por Atena, resultando em um comportamento irracional que culmina em sua morte. A loucura, nesse caso, é um instrumento dos deuses para demonstrar a fraqueza humana diante do destino e da vontade divina.

A *Iliada* de Homero também ilustra a relação entre loucura e intervenção divina. Atena, ao impedir que Aquiles, em um acesso de fúria, mate Agamêmnon, preserva a ordem divina e humana, mostrando que a loucura impulsiva poderia destruir o equilíbrio social. O amor arrebatador de Páris por Helena, que desencadeia a Guerra de Troia, é outro exemplo da

---

<sup>6</sup> O Ocidente é uma construção histórica e conceitual que vai além da geografia, sendo moldado por processos como o Iluminismo. Caracterizado por sociedades industrializadas, capitalistas e seculares, tornou-se um modelo de referência, estabelecendo uma distinção entre "ocidental" e "não-ocidental". Mais do que um lugar, o Ocidente funciona como um sistema de representação que influenciou percepções e comparações globais (Hall, 2016).

concepção grega de que paixões descontroladas, vistas como formas de loucura, eram provocadas pela interferência dos deuses (Homero, 2016).

Uma visão diferente começou a ser apresentada na filosofia antiga, especialmente na obra "*Fedro*" de Platão, onde a loucura é abordada de maneira rica e complexa, refletindo sobre as interações entre razão e irracionalidade. Platão, um dos filósofos mais influentes do pensamento ocidental, trata a loucura não como uma condição unicamente negativa, mas como um elemento que pode ser tanto destrutivo quanto divino, dependendo de como ela é compreendida e utilizada (Montenegro, 2014).

O filósofo explora a loucura em dois níveis principais: uma "*loucura doentia*" e uma "*loucura divina*". A primeira é relacionada à desordem emocional e à perda de controle, enquanto a segunda, chamada de *mania*, é uma forma de possessão divina que pode conduzir o indivíduo a insights filosóficos e a um amor verdadeiro pela sabedoria, ou seja, pelo *lógos*. Essa forma de loucura é vista como benéfica, pois é por meio dela que a alma humana se aproxima das verdades eternas (Montenegro, 2014).

Por outro lado, Aristóteles, em sua obra "*Ética a Nicômaco*", adota uma abordagem mais pragmática. Ele vê a loucura como resultado de desequilíbrios emocionais e falta de moderação. Para Aristóteles, o caminho para a virtude e a sanidade estava no controle das emoções e na busca pelo equilíbrio entre os extremos. Quando esse equilíbrio se perdia, o indivíduo poderia sucumbir à loucura, afastando-se da razão e da virtude (Aristóteles, 1991). Nessa perspectiva, a loucura era vista como uma falha moral e ética, resultado do descontrole emocional e da incapacidade de manter a moderação.

Além das explicações religiosas e filosóficas, a Antiguidade Clássica também viu o surgimento das primeiras teorias médico-naturalistas<sup>7</sup> sobre a loucura, representadas principalmente por Hipócrates e Galeno. Essas abordagens propunham uma visão mais organicista, colocando em segundo plano as intervenções divinas e oferecendo uma compreensão baseada na fisiologia humana.

Hipócrates, considerado o pai da medicina, formulou a teoria dos humores, na qual a saúde mental dependia do equilíbrio entre quatro fluidos corporais: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. A loucura, nesse contexto, era vista como resultado de um desequilíbrio entre esses humores, um distúrbio fisiológico que poderia ser tratado através de intervenções médicas (Pessotti, 1999). Essa visão marcou um afastamento das explicações sobrenaturais e introduziu a loucura no campo da ciência emergente, oferecendo um modelo que conectava corpo e mente de maneira concreta.

Galeno, influenciado por Hipócrates, desenvolveu uma teoria mais sofisticada ao incorporar o conceito de "*pneumas*", ou sopros vitais, que circulavam no corpo e controlavam as funções mentais. Para ele, a loucura resultava de um desarranjo nos *pneumas*, afetando diretamente o cérebro e as faculdades cognitivas, como a razão e a imaginação. Embora sua explicação tenha sido fortemente embasada na fisiologia, os *pneumas* introduziam um elemento também místico, já que esses sopros (ou vapores) eram vistos como uma ponte entre o corpo físico, faculdades mentais e dimensões espirituais (Pessotti, 1994; Cherubini, 2006).

Essa diversidade de concepções sobre a loucura na Antiguidade Clássica – ora vinculada aos deuses e ao destino, ora analisada pela filosofia e pela medicina – reflete a

---

<sup>7</sup> A concepção biomédica da loucura tem origens na Antiguidade, quando civilizações como a egípcia, mesopotâmica e indiana já buscavam explicações naturais para as doenças, ainda que frequentemente entrelaçadas a concepções espirituais (Bynum, 2011; Carvalho, Nunes-Neto & El-Hani, 2011). Embora essas interpretações estivessem longe das formulações contemporâneas da biologia e da medicina, elas representaram um passo fundamental na naturalização da loucura, ao deslocá-la gradualmente do domínio exclusivamente religioso ou moral. Esse processo de naturalização influenciaria diretamente o desenvolvimento posterior da medicina hipocrática e galênica, estabelecendo bases para a psiquiatria e os modelos biomédicos modernos.

complexidade com que a mente humana era compreendida nesse período. No entanto, com o declínio das civilizações greco-romanas e a ascensão do cristianismo, novas interpretações passaram a predominar.

### **3 A Loucura na Idade Média**

Na transição entre a Antiguidade Clássica e a Idade Média, a influência crescente da Igreja Católica moldou radicalmente a percepção da loucura. No início, a loucura era muitas vezes vista como uma manifestação das forças da natureza ou algo sobrenatural, não necessariamente negativa ou associada à ação de demônios (Alves et al., 2009; Figueirêdo, Delevati & Tavares, 2014; Andrade, 2023). Entretanto, após o Édito de Tessalônica em 380, o Cristianismo se tornou a religião oficial do Império Romano, consolidando a Igreja como a principal instituição reguladora das normas sociais, incluindo a interpretação da loucura.

Essa transformação no cenário político-religioso redefiniu a compreensão da loucura, que passou a ser interpretada como um estado de desordem espiritual. Comportamentos considerados bizarros, estranhos ou anormais eram frequentemente atribuídos à influência demoníaca ou à ira divina, vistos não apenas como manifestações naturais ou humanas, mas como sinais de um desvio moral e espiritual (Alves et al., 2009; Andrade, 2023).

A doutrina cristã desenvolvida por teólogos como Agostinho e Tomás de Aquino foi fundamental para consolidar a visão religiosa da loucura. Agostinho concebeu a loucura em uma perspectiva teológica e filosófica, subordinando a razão à fé e vinculando a loucura à ordem divina. Para ele, a racionalidade era um pré-requisito para a fé, pois é necessário compreender para crer; no entanto, a fé se sobrepõe à razão, pois é o único meio de acesso à verdade eterna. Nesse contexto, a loucura assume um caráter ambíguo: por um lado, é uma manifestação do saber divino, onde os apóstolos se afirmam "loucos por Cristo" nas Escrituras; por outro, ela se insere na ordem do pecado e da punição divina (Rangel, 2010).

Assim, a loucura pode ser compreendida como um sinal da misericórdia ou do castigo divino, sendo uma advertência à humanidade sobre as consequências do pecado original. Nesse sentido, os loucos são vistos como exemplos da queda da humanidade e da necessidade da redenção. Apesar dessa dimensão sagrada da loucura, Agostinho contribuiu para a sua marginalização ao reforçar a visão cristã de que a razão é essencial para a salvação e de que aqueles que carecem dela estão mais próximos da condição de pecadores. Essa perspectiva influenciaria profundamente a visão medieval da loucura, consolidando sua associação com a culpa, pecado, punição e, posteriormente, exclusão social (Rangel, 2010).

Já Tomás de Aquino abordou a loucura na “*Summa Theologica*” a partir da teologia, moral e sacramentos, influenciados pela visão aristotélica da razão como elemento definidor da natureza humana. Em artigos do seu texto ele discute se aqueles que carecem do uso da razão (*furiosi et amentes*) podem receber os sacramentos do batismo e da Eucaristia. Sua abordagem distingue entre dois grandes grupos: os *furiosi*, que sofrem de uma forma severa e possivelmente transitória de distúrbio mental, caracterizada por delírios e violência; e os *amentes*, cuja deficiência cognitiva é congênita ou adquirida e permanente, assemelhando-se ao que hoje chamamos de deficiência intelectual (Bankhead, 2016).

Para o batismo, Aquino estabelece quatro subgrupos dentro dos *furiosi et amentes*: (1) aqueles que nunca tiveram e nunca terão o uso da razão devem ser batizados como crianças, ou seja, "na fé da Igreja"; (2) aqueles que perderam o uso da razão após tê-lo possuído devem ser batizados apenas se antes manifestaram esse desejo; (3) aqueles que, embora mentalmente perturbados desde o nascimento, têm intervalos de lucidez podem ser batizados caso expressem desejo em tais períodos; e (4) aqueles com alguma capacidade de raciocínio devem ser tratados como qualquer outro adulto, decidindo por si mesmos. Assim, para Aquino, a capacidade de formular intenção é o critério central para a recepção do batismo (Bankhead, 2016).

Com relação à Eucaristia, ele adota uma abordagem mais restritiva. Diferentemente do batismo, que é essencial para a salvação, a Eucaristia exige "devoção" e um certo grau de compreensão. Assim, aqueles que nunca tiveram e nunca terão o uso da razão não devem recebê-la, pois não poderiam expressar verdadeira devoção. No entanto, aqueles que um dia tiveram o uso da razão e demonstraram devoção antes de perderem sua capacidade cognitiva podem recebê-la, especialmente se estiverem em perigo de morte (Bankhead, 2016).

Essa visão reforçou a distinção entre diferentes formas de loucura e deficiência, influenciando práticas eclesiais e jurídicas. A distinção entre *furiosi* (com potencial para recuperação) e *amentes* (incapazes de desenvolver razão) permeou a teologia moral e as práticas sacramentais, estabelecendo uma tradição que influenciou posteriormente a relação entre loucura, deficiência e espiritualidade no pensamento cristão (Bankhead, 2016). Se o louco não tinha razão, não podia ter fé, se não podia ter fé, não entraria no reino dos céus e, assim, coloca em xeque seu status não apenas de ser humano, mas de filhos de Deus.

Assim, enquanto Agostinho lançou as bases para a exclusão da loucura ao enfatizar a primazia da razão na aproximação com Deus, Aquino refinou essa exclusão ao estabelecer distinções que passaram a orientar a relação da Igreja com indivíduos mentalmente comprometidos. Apesar das diferenças em suas abordagens, ambos reforçaram a ideia de que a loucura deveria ser compreendida e regulada dentro de uma ordem moral e metafísica, consolidando um modelo que influenciou a concepção medieval e posterior sobre a relação entre insanidade, pecado e exclusão.

Essa perspectiva pavimentou o caminho para a associação da loucura à possessão demoníaca, com implicações práticas significativas. Considerados ameaças espirituais, os loucos eram frequentemente submetidos a exorcismos e outros rituais religiosos destinados a expulsar os supostos demônios. Dessa forma, a loucura não era apenas interpretada como um

fenômeno patológico, mas como um desafio à ordem moral e religiosa, legitimando sua marginalização social (Maciel, 2008).

Entretanto, apesar do predomínio de uma visão religiosa negativa, havia espaços de assistência e cuidado que ofereciam uma visão mais compassiva da loucura. Hospedarias e asilos, fundados e mantidos por ordens religiosas, serviam como locais de abrigo para peregrinos, doentes e necessitados, onde os loucos recebiam cuidados sob uma lógica de caridade cristã. Esses atos de misericórdia eram vistos como formas de redenção espiritual tanto para os enfermos quanto para os cuidadores. No entanto, esse tratamento benevolente não era estendido a todos os marginalizados da sociedade medieval, como os leprosos, hereges e outros grupos, que frequentemente sofriam discriminação, tortura e até a morte (Kroll, 1973, 1977; Clarke, 1975; Neugebauer, 1979; Kroll & Bachrach, 1984).

Havia também, mesmo que de forma mais localizada ou limitada, abordagens que reconheciam causas naturais<sup>8</sup> para a loucura. Textos médicos da época indicam que lesões físicas e desequilíbrios biológicos também eram considerados causas plausíveis para o comportamento insano. A coexistência dessas explicações revela uma tensão entre uma abordagem religiosa dominante e uma perspectiva naturalista, que via a loucura como uma doença tratável, e não apenas uma maldição espiritual (Kroll, 1973, 1977; Clarke, 1975; Neugebauer, 1979; Kroll & Bachrach, 1984).

Na Inglaterra medieval, por exemplo, os registros jurídicos mostram uma preocupação com a avaliação do estado mental de indivíduos classificados como "idiotas" ou "lunáticos".

---

<sup>8</sup> Embora as representações da loucura na Idade Média tenham sido amplamente influenciadas pela Igreja e por concepções demonistas, essas crenças não dominavam integralmente as ciências. Apesar das restrições ao avanço do conhecimento, a criação de universidades como Bolonha (1190), Oxford (1214) e Paris (1215) (Meznek, 2012) fomentou debates médicos baseados em observações naturais. Kroll e Bachrach (1984) destacam que, embora o pecado fosse ocasionalmente mencionado, os tratados médicos frequentemente atribuíam os distúrbios mentais a causas naturais, como desequilíbrios humorais e fatores ambientais. Assim, a compreensão da loucura nesse período não se limitava à visão demonista, mas refletia uma coexistência entre representações sociais teológicas e abordagens médicas fundamentadas em princípios naturalistas.

Essa categorização reflete a influência de uma perspectiva médico-legal que, embora limitada, oferecia um contraponto à visão demonológica. Assim, o período medieval não foi homogêneo em suas representações da loucura, mas caracterizado pela coexistência de sistemas que às vezes competiam, mas também se sobrepunham. Como nosso foco não é discutir profundamente as contradições históricas e interpretativas frente à loucura na Idade Média, sugerimos a leitura mais aprofundada dos seguintes trabalhos (Kroll, 1973, 1977; Clarke, 1975; Neugebauer, 1979; Kroll & Bachrach, 1984).

Mesmo que a visão da igreja abafasse algumas outras perspectivas e entrasse em conflito com elas, a exclusão social foi um elemento unificador no tratamento da loucura durante a Idade Média, configurando-se como um dos principais mecanismos de controle dos comportamentos que desafiavam a ordem estabelecida. Esse processo de segregação social tem suas raízes no confinamento dos leprosos, prática que se consolidou no século V e serviu de modelo para a marginalização de outros grupos, incluindo os loucos (Foucault, 1978; Silveira & Braga, 2005).

A disseminação da lepra, intensificada pelas Cruzadas entre os séculos XI e XIV, levou à proliferação de leprosários em toda a Europa. No entanto, com o declínio da doença no final do século XV, esses espaços perderam sua função original e passaram a abrigar não apenas pessoas com doenças venéreas, mas também indivíduos considerados insanos (Foucault, 1978; Eidt, 2004). Essa transformação representou uma mudança fundamental nas representações da loucura. Foucault (1978) observa que, até então, a fronteira entre razão e desrazão era mais fluida, sem uma distinção rígida. Contudo, à medida que a institucionalização da loucura se consolidava, a sociedade medieval passou a estabelecer uma separação simbólica entre os “sãos” e os “loucos”, reforçando a exclusão dos insanos e intensificando os mecanismos de controle social (Batista, 2014). Enquanto o confinamento dos leprosos era motivado pelo medo do contágio físico, a segregação dos loucos seguia uma lógica moral.

Esse modelo de exclusão preparou o terreno para uma segregação mais sistemática na Idade Moderna, quando a loucura passou a ser concebida não apenas como uma ameaça moral, mas como uma condição que demandava controle rigoroso e confinamento em instituições especializadas. Com isso, as práticas de isolamento tornaram-se ainda mais rígidas, consolidando sua marginalização (Foucault, 1978; Batista, 2014).

#### **4 A loucura na Idade Moderna**

A Idade Moderna, que se estende do final da Idade Média até o início da Idade Contemporânea, é geralmente considerada a partir da queda de Constantinopla em 1453 até a Revolução Francesa em 1789. Esse período foi marcado por transformações sociais, econômicas, políticas e culturais significativas, incluindo a Reforma Protestante, as Grandes Navegações, o desenvolvimento do capitalismo mercantil, a Revolução Científica e o estabelecimento dos estados-nação (Merriman, 2009). Neste contexto de mudanças, a percepção e o tratamento da loucura também passaram por transformações com o advento do Renascimento e do Iluminismo.

O Renascimento, movimento cultural iniciado na Itália no século XIV e que floresceu até o século XVII, foi um marco decisivo na formação da Modernidade. Caracterizou-se pela redescoberta da herança greco-romana, pelo humanismo e pelos avanços nas artes, ciências e literatura, que impulsionaram transformações culturais que moldaram o mundo moderno (Merriman, 2009; Andrade, 2023). A percepção da loucura era permeada por ambiguidade, oscilando entre temor, fascinação e marginalização. Um dos símbolos mais marcantes dessa visão é a *Nau dos Loucos*, descrita por Foucault (1978), que retrata o destino daqueles considerados insanos, supostamente colocados em embarcações e enviados rio abaixo ou ao mar, afastando-os da sociedade. Esta se tornou uma metáfora para o modo como a sociedade lidava com a irracionalidade: separando-a do convívio social e relegando-a ao esquecimento ou ao exílio.

Nesse contexto, a loucura oscilava entre o sagrado e o profano. Excluída do cotidiano, era percebida como um saber que desafiava as convenções, zombava da razão e transgredia o pensamento ordinário. Para Foucault (1978), a loucura renascentista possuía um caráter trágico e enigmático, sendo compreendida não apenas como desrazão, mas como uma forma de conhecimento que transcendia a lógica humana, desvelando verdades que escapavam ao domínio da razão.

Assim, a literatura renascentista demonstra a exploração destas das fronteiras. Em obras como *Hamlet*, de Shakespeare, e *Dom Quixote*, de Cervantes, a complexidade da mente humana é examinada, revelando a loucura como uma força que borra os limites entre o real e o imaginário (Batista, 2014). Esses textos refletem a percepção da época, que não via a loucura apenas como algo religioso ou orgânico, mas como um fenômeno que expunha as fragilidades inerentes à própria razão. Portanto, o Renascimento, marca uma fase transitória na percepção da loucura, na qual coexistiam uma visão romântica e, posteriormente, os primeiros sinais de uma abordagem mais pragmática e controladora (Foucault, 1978).

Com a expansão do mercantilismo em diversos países europeus, marcando a transição do feudalismo para novas formas econômicas, a população passou a ser considerada o maior recurso de uma nação, valorizada por sua capacidade de gerar riqueza. Nesse contexto, indivíduos incapazes de participar da produção, comércio ou consumo foram progressivamente marginalizados e confinados sob o pretexto de manter a ordem social. Governantes, preocupados em preservar a parte sã, saudável e produtiva da sociedade, viam a necessidade de isolar aqueles considerados um fardo e economicamente inaptos (Alves et al., 2009; Andrade, 2023).

Essa lógica de confinamento fundamentada na necessidade de maximizar a utilidade da população, culminou em um momento histórico definitivo: em 1656, Luís XIV fundou o

*Hospital Geral* em Paris, dando início ao que Michel Foucault denominou de **Grande Internação**. Esse fenômeno, que rapidamente se espalhou por toda a Europa, ampliou o controle social ao confinar grandes grupos de indivíduos considerados inconvenientes para a ordem urbana em instituições semelhantes. Entre esses, estavam os loucos, que desapareciam da vida pública e eram internados juntamente com uma massa indistinta e anônima de marginalizados. No entanto, o gesto de internação era mais complexo do que sugeria à primeira vista. Além dos loucos, também eram enclausurados os aleijados, libertinos, prostitutas, mendigos, vagabundos, órfãos, desempregados, entre outros<sup>9</sup> (Foucault, 1978; Batista, 2014).

Esse encarceramento estabeleceu laços simbólicos entre a loucura, marginalidade, perigo e descontrole, perpetuando estereótipos e reforçando a exclusão desses indivíduos (Foucault, 1978; Maciel, 2008). Além destes processos mais amplos de reorganização social, a Idade Moderna também trouxe mudanças nas perspectivas filosóficas. Montaigne, por exemplo, via na loucura um reflexo dos limites do saber humano, sugerindo que a razão, levada ao extremo, poderia conduzir à insanidade. Francis Bacon, por sua vez, inseriu a loucura no campo da experiência e da observação da natureza, afastando-a das noções de mistério e saber oculto (Rangel, 2010; Foucault, 1978).

No século XVII, Descartes promoveu uma ruptura fundamental ao consolidar a razão como critério absoluto da verdade. Em suas *Meditações Metafísicas* (2005), ele distingue a loucura dos erros sensoriais e dos sonhos, argumentando que, ao contrário destes ela escapa à correção pela razão. Dessa forma, a loucura foi excluída do domínio do pensamento legítimo,

---

<sup>9</sup> Os termos usados para descrever os grupos "indesejados" refletem categorias sociais da época. Embora saibamos que esses termos são desatualizados e carreguem conotações estigmatizantes e excludentes, sua utilização desta forma se justifica pela relevância histórica no entendimento das práticas de marginalização e controle social. Esses conceitos reforçavam a segregação desses grupos, legitimando seu encarceramento, e evidenciam a construção de uma hierarquia social baseada na utilidade econômica e na capacidade de trabalho.

tornou-se uma ameaça ao sujeito do “*penso, logo existo*” em um movimento que contribuiu para sua marginalização também no projeto moderno da racionalidade (Birman, 2010).

Com a ascensão do Iluminismo no século XVIII, a loucura foi ainda mais analisada à luz da razão e do progresso científico. O racionalismo iluminista valorizava o conhecimento empírico e a observação sistemática, afastando-se de explicações metafísicas e religiosas para explicar os fenômenos humanos (Merriman, 2009; Pereira, 2003b). Nesse contexto, filósofos e pensadores começaram a reformular a compreensão da insanidade. John Locke, por exemplo, a concebeu como uma perturbação dos sentidos e do organismo, desvinculando-a da alma, enquanto Voltaire a interpretava como uma enfermidade tanto do corpo quanto da mente.

O avanço das ciências médicas intensificou a busca por explicações biológicas para a loucura, consolidando sua associação ao sistema nervoso. A partir da Idade Moderna, exames clínicos e autópsias passaram a ser amplamente utilizados na tentativa de identificar diferenças físicas entre os loucos e os sãos, refletindo uma visão cada vez mais materialista e organicista (Rangel, 2010; Foucault, 1978). Essa mudança preparou o terreno para o desenvolvimento das abordagens médicas e psiquiátricas que viriam a predominar nos séculos seguintes.

As transformações desse período redefiniram a compreensão da loucura, marcando-a por novas tensões entre razão e desrazão, exclusão social e controle racional. No Renascimento, a loucura foi representada de forma ambígua, ora exaltada como inspiração, ora condenada à marginalização. Com a ascensão do pensamento cartesiano no século XVII, consolidou-se sua exclusão do domínio da razão, legitimando a segregação dos insanos. No século XVIII, o Iluminismo introduziu uma abordagem mais pragmática, baseada em princípios científicos e políticos, que impulsionou a sistematização do conhecimento sobre a loucura e antecipou os modelos psiquiátricos do século XIX.

Ao longo desse processo, a loucura deixou de ser compreendida como fenômeno sagrado ou moralmente condenável para ser progressivamente cientifizada, tornando-se objeto de estudo das ciências. Essa transformação esteve vinculada aos interesses políticos e econômicos da modernidade, que buscaram não apenas compreender, mas também normatizar e institucionalizar a loucura dentro de um campo de saber e controle.

## **5 A Loucura na Idade Contemporânea**

No início da Idade Contemporânea, marcada por eventos como a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, o tratamento da loucura foi caracterizado pela consolidação das práticas asilares e pela exclusão sistemática do convívio social. Esse processo refletia não apenas as transformações científicas e médicas do período, mas também as mudanças econômicas e sociais impulsionadas pela ascensão do capitalismo. Embora o confinamento de desatinados tenha se iniciado no século XVII, foi apenas no final do século XVIII que surgiram instituições especializadas no tratamento dos loucos, legitimadas por discursos médicos e pela necessidade de disciplinar corpos dentro de uma sociedade cada vez mais produtiva e hierarquizada (Foucault, 1978; Maciel, 2008; Andrade, 2023).

O século XIX foi decisivo para a institucionalização da loucura no campo científico. Com a influência do positivismo de Comte, a insanidade passou a ser interpretada como um fenômeno tanto biológico quanto social, sustentando a ideia de que as diferenças entre os indivíduos eram regidas por leis naturais e determinados fatores fisiológicos. Nesse contexto, a psiquiatria se consolidou como disciplina científica, classificando e categorizando as doenças mentais, enquanto os manicômios se tornaram os principais espaços de tratamento e controle dos alienados. A promulgação da Lei de 1838, na França, é um exemplo da formalização dessa separação, colocando os loucos sob tutela médica e conferindo à psiquiatria a função de normalizar os alienados segundo os padrões sociais vigentes (Castel, 1978; Maciel, 2008; Rangel, 2010).

Com os avanços das ciências médicas no final do século XIX e início do século XX, a tentativa de quantificar e classificar a loucura se intensificou, impulsionada pela busca de maior precisão diagnóstica e no desenvolvimento de testes clínicos. O neopositivismo levou essa abordagem ao extremo, reduzindo a loucura a um objeto de estudo estritamente científico, eliminando qualquer dimensão subjetiva ou metafísica. Essa abordagem, embora tenha introduzido novos métodos de diagnóstico e intervenção, também reforçou o papel da psiquiatria como instrumento de controle social e político, legitimando a reclusão asilar como principal forma de tratamento (Foucault, 1978; Rangel, 2010).

A consolidação desse modelo ocorreu por meio do discurso psiquiátrico, que passou a definir a loucura como uma patologia mental, rompendo com as tradições populares e religiosas que a vinculavam ao sobrenatural ou ao pecado. A psiquiatria, estabelecida como ciência médica, fundamentava-se na premissa de que a insanidade era uma doença passível de observação, diagnóstico e tratamento, reafirmando o papel das instituições psiquiátricas como espaços especializados. Esse paradigma não só manteve a exclusão dos loucos como a sustentou em um modelo persistente de medicalização (Foucault, 1978).

O percurso da psiquiatria até essa consolidação remonta a figuras como Philippe Pinel, que propuseram mudanças nas práticas diante da loucura. Baseado na premissa de que os alienados não eram criminosos, mas doentes necessitados de um ambiente organizado e humanizado para recuperar a razão, seu *Tratamento Moral* enfatizava a observação clínica, a disciplina benevolente e a comunicação entre médico e paciente. Métodos como diálogo, reforço da autodisciplina e trabalho passaram a ser adotados em substituição às punições físicas sistemáticas, marcando um novo paradigma na história da psiquiatria e contribuindo para a sistematização da clínica da alienação mental (Maciel, 2008; Pereira, 2004).

Jean-Étienne Esquirol, um dos principais seguidores de Pinel, aprofundou a noção de que o sucesso do tratamento moral dependia do afastamento dos pacientes das causas de sua loucura, frequentemente associadas à sociedade e à família. No entanto, embora inicialmente celebrado como um avanço, o tratamento moral se tornou alvo de críticas. Foucault (1978) argumenta que essa abordagem se configurou como uma nova forma de controle social, transformando o asilo em um espaço disciplinar. Além disso, estudos como os de Swain (1997), apontam que o célebre episódio de Pinel libertando os alienados dos grilhões no Hospital de Bicêtre foi um mito construído para reforçar a narrativa heroica da psiquiatria emergente.

Ao longo do século XIX, a institucionalização dos asilos tornou-se cada vez mais repressiva, afastando-se do ideal inicial do tratamento moral. O que fora concebido para restaurar o equilíbrio emocional dos pacientes converteu-se gradualmente em uma prática disciplinar voltada à manutenção da ordem e do controle institucional, muitas vezes em detrimento da subjetividade e do bem-estar dos internos (Resende, 2000).

No entanto, no final do século XIX, o surgimento da psicologia científica e da psicanálise trouxe novas perspectivas sobre a mente humana e seus distúrbios, deslocando-se da ênfase exclusivamente biológica para incluir dimensões subjetivas e simbólicas da experiência psíquica. A psicologia experimental, consolidada com a fundação de seu primeiro laboratório por Wundt em 1879, propôs que os processos mentais poderiam ser analisados cientificamente. Posteriormente, Freud revolucionaria ainda mais esse campo com a criação da psicanálise, que introduziu o conceito de que a mente e suas alterações tinham raízes em dinâmicas inconscientes, desejos reprimidos e mecanismos de defesa, e não apenas em causas biológicas. Com isso, a loucura poderia ser vista como uma manifestação complexa de processos psicológicos, oferecendo uma explicação centrada no inconsciente (Roudinesco & Plon, 1998; Schultz & Schultz, 2002).

Essas novas perspectivas influenciaram diretamente a psiquiatria, promovendo uma reavaliação do tratamento de pacientes psiquiátricos ao considerar as experiências emocionais e subjetivas como parte essencial da compreensão das doenças mentais (Foucault, 1978; Maciel, 2008). Entretanto, foi apenas no século XX que esse paradigma começou a ser amplamente questionado. O impacto da Segunda Guerra Mundial gerou uma crise nos ideais de razão e humanidade, levando a transformações sociais profundas. Nesse contexto, emergiram movimentos que passaram a questionar os tratamentos tradicionais da loucura e a reivindicar novas abordagens em saúde mental (Silveira & Braga, 2005; Alves et al., 2009; Figueirêdo, Delevati & Tavares, 2014).

A partir da década de 1950, os hospitais psiquiátricos, caracterizados por internações integrais e de longa duração, estavam superlotados, com equipes insuficientes e recorrentes denúncias de maus-tratos. Esse cenário fomentou críticas severas ao modelo asilar e impulsionou reformas no setor. Dois grandes grupos se destacaram nesse processo: os Reformistas e os Rupturistas Psiquiátricos<sup>10</sup>. Os Reformistas Psiquiátricos defendiam a reformulação interna das instituições para torná-las terapêuticas, como a comunidade terapêutica na Inglaterra e a psicoterapia institucional na França, e a extensão da psiquiatria ao espaço público, como na psiquiatria comunitária (Batista, 2014).

Já os Rupturistas Psiquiátricos propunham uma ruptura radical com a psiquiatria tradicional, incluindo a antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, defendida pelo médico

---

<sup>10</sup> Uma questão central nesses movimentos era a perspectiva de que o sofrimento psíquico não deveria ser tratado apenas como uma "doença mental", mas sim como uma "existência-sofrimento", uma experiência subjetiva que reflete a relação complexa do indivíduo com o corpo social. Esse conceito foi usado, por exemplo, na Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa visão reconhece que o sofrimento psíquico pode ser uma resposta às pressões sociais, políticas, econômicas e culturais, e que o isolamento e a patologização excessiva desses indivíduos não contribuem para sua recuperação. Na prática, isso significava substituir o modelo de internação e tratamento forçado por um modelo mais humanizado, focado na reintegração social e nos direitos humanos. A ideia de "existência-sofrimento" colocou o foco na singularidade do sujeito, levando em consideração suas histórias de vida, suas relações sociais e as violências (simbólicas e reais) que sofriam no dia a dia. A doença mental não era mais uma categoria fixa, mas uma construção que emergia no encontro entre o indivíduo e o corpo social, que por sua vez podia ser marcado por exclusão, opressão e marginalização (Silveira & Braga, 2005).

italiano Franco Basaglia. Ele promovia a erradicação dos manicômios e a desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, criticando as instituições opressivas e os diagnósticos clínicos discriminatórios. Basaglia argumentava que a exclusão dos doentes mentais da sociedade não apenas reforçava normas e expectativas sociais preestabelecidas, mas também perpetuava sua marginalização, sancionando uma concepção rígida do que era considerado "normal" ou "aceitável". Para ele, essa segregação era uma forma de opressão, e a verdadeira liberdade só poderia ser alcançada por meio da inclusão e da integração dessas pessoas à vida social (Basaglia, 2005).

Em 1961, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Basaglia introduziu a comunidade terapêutica, transformando o manicômio em um espaço de tratamento transitório e aberto ao debate sobre novas formas de cuidado em saúde mental. Suas ideias, inicialmente vistas como radicais, ganharam força ao longo da década seguinte, culminando no fechamento do Hospital Psiquiátrico de Trieste em 1977 e, no ano seguinte, na aprovação da Lei 180, conhecida como "Lei Basaglia". Essa legislação integrou a assistência psiquiátrica ao sistema sanitário italiano, estabelecendo diretrizes para o tratamento fora dos hospitais e promovendo a desinstitucionalização da loucura (Batista, 2014).

No Brasil, as influências desse movimento começaram a se consolidar em 1978, quando o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental<sup>11</sup> passou a denunciar a chamada indústria da loucura, criticando a lógica manicomial e propondo novos modelos de atenção. Durante a década de 1980, essa articulação entre técnicos da saúde, acadêmicos e movimentos sociais

---

<sup>11</sup> A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 no Rio de Janeiro, seguiu a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e o Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental (1987). A conferência abordou temas como impactos da economia e do Estado na saúde mental, reforma sanitária e reorganização da assistência, e cidadania dos usuários. Seu foco foi superar o modelo de hospital psiquiátrico e promover a cidadania dos usuários. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, ocorreu após a implementação do SUS e influenciou a legislação subsequente sobre o modelo de atenção em Saúde Mental. Os temas principais incluíram a rede de atenção em Saúde Mental, transformação e cumprimento de leis, e direitos à atenção e cidadania. O relatório foi dividido em marcos conceituais, deliberações e direitos/legislação.

resultou no fechamento de alguns manicômios e na criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apontando para uma transição no modelo assistencial. Nos anos 1990, a Reforma Psiquiátrica avançou com regulamentações que fortaleceram a fiscalização dos hospitais e a implementação de serviços de atenção diária (Batista, 2014).

A partir dos anos 2000, a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico se tornou mais evidente, com a ampliação da rede de saúde mental e a redução gradativa de leitos psiquiátricos. Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou a Reforma Psiquiátrica como política do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo os CAPS como estruturas estratégicas para a reorganização do cuidado. Esse movimento se refletiu na realocação de recursos, priorizando serviços comunitários em detrimento das internações prolongadas (Batista, 2014).

A Reforma Psiquiátrica, ao longo das últimas décadas, consolidou avanços significativos, mas sua efetivação plena ainda exige esforços contínuos. O protagonismo dos usuários e de seus familiares é essencial para a construção de projetos terapêuticos mais eficazes e humanizados. Além disso, a inclusão social e a promoção da cidadania dos sujeitos dependem de uma abordagem intersetorial que integre áreas como educação, assistência social e cultura. Essa transformação demanda o engajamento de diversos atores sociais, em um compromisso permanente com uma saúde mental verdadeiramente comunitária e democrática (Queiroga & Souza, 2022).

Apesar dos progressos, a superação definitiva do modelo manicomial ainda se apresenta como um desafio. Muitos serviços de saúde mental continuam operando sob a lógica da medicalização e da internação, com escassos investimentos em reinserção social e reabilitação psicossocial. A formação deficitária de profissionais agrava esse cenário, dificultando a adoção de práticas mais humanizadas e inclusivas. Além disso, a gestão e operacionalização dos

serviços enfrentam dificuldades estruturais, especialmente na articulação das equipes e na implementação de abordagens inovadoras (Queiroga & Souza, 2022).

Mesmo assim, como destaca Figueiredo (2019), as conquistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil na última década são inegáveis. Três tendências interligadas apontam para um caminho sem retorno: primeiro, o fortalecimento do trabalho em equipe e a articulação com a Atenção Primária, consolidando um modelo que substitui a atuação isolada dos serviços de saúde mental; segundo, a expansão das redes intersetoriais, envolvendo diversas instituições, dispositivos de controle social e atores comunitários para além dos limites tradicionais da assistência psiquiátrica; e, por fim, a substituição da mentalidade asilar por uma nova concepção de cuidado, centrada no acolhimento, no acompanhamento contínuo e na inclusão social, fundamentada em uma nova compreensão do sofrimento.

Essa perspectiva não apenas redefine o papel dos serviços de saúde mental, mas transforma a maneira como a sociedade se relaciona com a loucura. Como argumenta Amarante (2005), há um deslocamento do foco da doença em si para a experiência vivida pelos sujeitos, reconhecendo a complexidade de seu sofrimento e suas formas de existência. Essa mudança não pode ser reduzida a uma questão meramente técnica ou administrativa; trata-se, acima de tudo, de um imperativo ético e político. A loucura não deve ser apenas tolerada, mas compreendida em sua pluralidade, sem que aqueles que a vivenciam sejam desqualificados, punidos ou reduzidos a objetos de intervenção. Mais do que produzir novas respostas científicas, é necessário subverter os regimes que historicamente conferiram legitimidade ao enclausuramento e à exclusão.

O desafio maior reside no fato de que a lógica manicomial não está circunscrita aos hospitais psiquiátricos, mas se manifesta nos próprios dispositivos de poder que sustentam a psiquiatria enquanto prática normativa. Como observa Basaglia (2005), a ideologia médico-

psiquiátrica continua a moldar a consciência coletiva, perpetuando a dicotomia entre normalidade e anormalidade, bem como entre transtorno e saúde mental. Esse discurso não se restringe ao campo simbólico: ele opera materialmente, justificando práticas de segregação, fundamentando a medicalização compulsória e reforçando mecanismos de controle social sob o pretexto do cuidado terapêutico.

A compreensão dessas engrenagens psicossociais da loucura revela que os desafios contemporâneos da Reforma Psiquiátrica vão além da esfera institucional, estendendo-se aos modos de significação e cuidado em saúde mental. No entanto, analisar essas questões exclusivamente sob uma perspectiva ocidental nos limita a um repertório específico de inteligibilidade da loucura e reforça a ideia de que os movimentos de reforma psiquiátrica seriam desdobramentos exclusivos do pensamento europeu. Essa concepção, além de reducionista, impõe um horizonte epistemológico que marginaliza outras formas de compreensão e manejo da loucura, restringindo o debate a paradigmas hegemônicos.

Para romper com essa lógica e ampliar os contornos do debate, é essencial considerar as múltiplas formas pelas quais diferentes culturas compreenderam e responderam à loucura ao longo da história. Ampliar esse olhar não significa rejeitar as contribuições da psiquiatria ocidental, mas questionar sua pretensão de universalidade. Como apontam Foucault (1961) e Amarante (2005), existem outras formas de conhecimento, cuidado e existência que não podem ser reduzidas às categorias psiquiátricas dominantes. Reconhecer essa pluralidade é um passo essencial para a construção de abordagens mais inclusivas e integrativas no campo da saúde mental.

## **6 Expandindo o mapa da história da loucura**

Em muitas sociedades não-ocidentais, os estados mentais alterados não eram imediatamente patologizados; ao contrário, eram frequentemente inscritos em sistemas

integrados de espiritualidade, medicina e estruturas sociais. A loucura, nesses contextos, podia ser compreendida como um trânsito entre esferas do visível e do invisível, como manifestação de forças sagradas ou como uma ruptura que exigia rituais específicos de reintegração. Entretanto, com a expansão colonial e a disseminação da psiquiatria ocidental, saberes locais foram marginalizados sob a lógica da razão disciplinar europeia. A introdução da psiquiatria em territórios colonizados não foi uma simples expansão de conhecimento, mas um instrumento de controle social: instituições psiquiátricas foram estruturadas como extensões do aparato colonial, confinando indivíduos considerados desviantes e normalizando comportamentos alinhados às hierarquias coloniais.

Essa imposição, no entanto, não ocorreu sem resistência. Populações locais foram sujeitos ativos na negociação e ressignificação dos discursos psiquiátricos. Ao incorporar, transformar e subverter categorias diagnósticas e terapêuticas, criaram formas híbridas de compreensão e manejo da loucura, preservando suas epistemologias enquanto operavam na interseção entre saberes ancestrais e racionalidades médicas ocidentais. A história da loucura, assim, não é apenas a história de seu confinamento, mas também a história de sua recusa, de suas táticas de sobrevivência e de sua constante reinvenção frente aos dispositivos que tentaram silenciá-la (Baum, 2018; Baum & Chiang, 2021; Bazin, 1995; Chiang, 2014, 2015; Eiji, 1994; Eromosele, 2021; Esonwanne, 1990; Linde, 2002; Morinis, 1985; Patel, 1995; Rajpal, 2020; Roy, 2021; Sow, 1980; Suzuki & Wang, 2022; Wu & Wang, 2016; Zan, 2010; Zhang, 2020).

### **6.1 Contextos Africanos**

A psiquiatria nas sociedades africanas foi marcada por ecos desse processo. As concepções locais sobre loucura e sofrimento psíquico foram marginalizadas por uma perspectiva que reforçava hierarquias coloniais. Por exemplo, John Carothers foi um psiquiatra cuja perspectiva etnopsiquiátrica serviu para legitimar a hegemonia britânica na África, associando diferenças raciais e culturais a supostas inferioridades mentais dos africanos. Ele

argumentava que a mente africana era primitiva, comparável à de um europeu lobotomizado, e defendia que, embora os africanos pudessem apresentar transtornos mentais em sua sociedade tradicional, o contato com a cultura europeia acelerava ou intensificava esses distúrbios (Eromosele, 2021; Santos, 2017).

Em “*The African Mind in Health and Disease*” (1953), publicado pela Organização Mundial da Saúde, o psiquiatra reforçou estereótipos sobre a inferioridade intelectual e emocional dos africanos, e em “*The Psychology of Mau Mau*” (1954), caracterizou a revolta dos *Kikuyu*<sup>12</sup> contra o governo colonial britânico como um fenômeno patológico, argumentando que os rebeldes eram neuróticos e incapazes de lidar com o mundo moderno. Ele defendia que os africanos deveriam ser segregados em territórios exclusivos, pois sua convivência com europeus poderia ser prejudicial à sua saúde mental. Suas ideias influenciaram as políticas coloniais, justificando práticas racistas sob o discurso científico, e hoje são amplamente criticadas como formas de racismo científico e manipulação da psiquiatria para fins políticos (Eromosele, 2021; Santos, 2017).

Esonwanne (1990) destaca que, neste processo, a antropologia ocidental frequentemente retratou fenômenos do continente africano sob uma ótica primitivista, reforçando uma visão exotizante<sup>13</sup> que reduzia os sistemas locais de conhecimentos a resquícios de um passado "não civilizado", justificando intervenções psiquiátricas que reforçavam a lógica da missão civilizatória europeia. Porém, com o avanço das independências africanas, emergiram esforços significativos para a decolonização da psiquiatria. Na Nigéria, Thomas Lambo desenvolveu a Vila Psiquiátrica de Aro, um modelo inovador que incorporava a participação comunitária ao tratamento psiquiátrico. Paralelamente, Frantz Fanon denunciou

---

<sup>12</sup> Conhecida como Rebelião Mau Mau (1952-1960), foi um levante anticolonial no Quênia contra o domínio britânico, liderado principalmente pelo povo *Kikuyu*. O conflito resultou na morte de milhares de africanos e levou a uma brutal campanha militar britânica.

<sup>13</sup> Termo geralmente usado em um contexto crítico para descrever a tendência de enxergar culturas, costumes ou pessoas de uma maneira estereotipada, superficial e espetacularizada.

a psiquiatria colonial como um instrumento de repressão, argumentando que esta patologizava a resistência política e racializava a noção de loucura (Eromosele, 2021).

Estudos como os de Sow (1980), Patel (1995) e Linde (2002) exploraram as diferenças entre os modelos ocidentais de psiquiatria e as práticas tradicionais africanas, ressaltando a importância do contexto comunitário na gestão da saúde mental. Sow (1980), em sua obra "*Anthropological Structures of Madness in Black Africa*", propõe uma abordagem que integra elementos da cultura e da psicodinâmica dos indivíduos africanos para compreender os processos de desintegração da personalidade. O autor critica a nosografia psiquiátrica ocidental, argumentando que esta não diferencia adequadamente os comportamentos normais dos psicopatológicos no contexto africano, pois suas categorias descritivas são alheias às referências culturais locais. Assim, defende a necessidade de uma autêntica psicopatologia africana, que leve em consideração as especificidades socioculturais da região.

A figura do curandeiro tradicional ocupa um papel central nesse contexto, refletindo uma compreensão própria do pensamento africano sobre doença e cura. Segundo Sow (1980), esses curandeiros articulam sistemas de referência e padrões formativos baseados em estruturas sociais da cultura africana tradicional. Os mitos e sistemas religiosos também desempenham um papel fundamental, estruturando a maneira como os indivíduos compreendem sua identidade, suas relações interpessoais e os estados de sofrimento psíquico. Essas narrativas são perpetuadas por meio de rituais e processos educativos, influenciando diretamente o desenvolvimento da personalidade e a visão de mundo dos indivíduos.

Estudos em diferentes regiões da África Subsaariana indicam que, embora a visão holística da saúde seja predominante, há distinções claras entre doenças mentais e somáticas. Os sete tipos de doenças do espírito identificados pelos *Serer*<sup>14</sup>, são exemplos disso: o *bodah*,

---

<sup>14</sup> Grupo étnico do Senegal, Gâmbia e Mauritânia, conhecido por sua rica tradição cultural, religiosa e histórica.

é caracterizado pela ausência de ideias, falta de compreensão e comportamento infantil; o *dof*, envolve comportamento hostil, excitado e destrutivo, com fala incoerente; *pobouh lang*, refere-se ao hábito de comer terra, excluindo gestantes e crianças pequenas; *mbefedin*, é associado a desmaios e convulsões, com sintomas como espumar pela boca e mordedura da língua; o *yome*, é relacionado à impotência; *hon haft* e *song nakh*, são ambos ligados à possessão espiritual, manifestando-se através de dores nas articulações e episódios de palpitação (Patel, 1995).

Já os curandeiros do Zimbábue diferenciam doenças mentais de outras condições principalmente pela origem e persistência dos sintomas. No início, a doença pode ser vista como "normal" e tratável tanto pela medicina tradicional quanto pela biomédica. No entanto, se a condição persiste ou apresenta características incomuns, ela é reclassificada como "anormal" e geralmente atribuída a causas espirituais, como espíritos ancestrais zangados (*vadzimu*), feitiçaria (*ngozi*), espíritos estranhos (*mashave*) ou forças sobrenaturais. Essa diferenciação guia o tipo de tratamento, sendo que doenças de origem sobrenatural são frequentemente tratadas por curandeiros tradicionais (Patel, 1995).

Os modelos explicativos da loucura na África Subsaariana geralmente envolvem três categorias principais de causalidade: influências espirituais, feitiçaria e fatores naturais. A feitiçaria é frequentemente citada como causa de comportamentos anormais, enquanto fatores naturais incluem envelhecimento, uso de substâncias e condições sociais adversas. A fenomenologia dos transtornos mentais na África Subsaariana também apresenta particularidades. Muitos sintomas neurotiformes<sup>15</sup> se manifestam de forma somática, com queixas físicas como palpitações, dores de cabeça e sensações de calor no corpo sendo mais comuns do que relatos de sintomas cognitivos, como culpa ou desesperança. Além disso, algumas condições típicas dessa região não encontram equivalentes diretos nos sistemas

---

<sup>15</sup> Referem-se a manifestações clínicas semelhantes às dos transtornos neuróticos, mas que não necessariamente preenchem os critérios diagnósticos para um transtorno mental específico.

diagnósticos ocidentais, como a "*brain fog syndrome*"<sup>16</sup>; um transtorno descrito principalmente em estudantes da África Subsaariana, caracterizado por sintomas físicos, cognitivos e emocionais associados ao estresse educacional (Patel, 1995).

Em "*Of Spirit and Madness: An American Psychiatrist in Africa*", Paul Linde (2002) reforça a complexidade das representações da loucura em contextos culturais distintos do Ocidente, enfatizando a dimensão coletiva e espiritual da saúde mental no Zimbábue. Essa perspectiva reforça a importância de uma psiquiatria culturalmente sensível, que reconheça a diversidade das representações da loucura ao redor do mundo. Atualmente, iniciativas como o *Ubuntu Centre* na África do Sul e a *Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities* buscam resgatar abordagens comunitárias para a saúde mental, valorizando redes familiares, tradições espirituais e concepções locais de pessoa e comunidade (Eromosele, 2021).

A filosofia *Ubuntu*, originária das tradições africanas, enfatiza a interconectividade humana, expressa na máxima "*Eu sou porque nós somos*". Ela baseia-se na solidariedade, compaixão e coletividade, valorizando o bem-estar comunitário acima do individualismo. Presente em diversas culturas africanas, influenciou movimentos políticos, como a luta contra o *apartheid* na África do Sul, e fundamenta princípios de justiça restaurativa e reconciliação. *Ubuntu* destaca a dignidade, o respeito mútuo e a construção de sociedades harmoniosas, reconhecendo que a identidade e a realização pessoal são indissociáveis das relações interpessoais (Eromosele, 2021). Atualmente ela tem sido apresentada como uma alternativa à psiquiatria ocidental individualista.

---

<sup>16</sup> Os sintomas incluem dores de cabeça, sensações de calor no couro cabeludo, fadiga, palpitações, tontura e desmaios, além de dificuldades de concentração, mente "em branco" e pensamentos excessivos. Comportamentalmente, os afetados podem apresentar sonolência excessiva em sala de aula e, ocasionalmente, crises dissociativas com alucinações. A síndrome é considerada uma condição culturalmente específica, possivelmente influenciada por fatores socioculturais e pelo intenso estresse acadêmico. Embora estudada há décadas, não foi incluída nas classificações psiquiátricas internacionais, refletindo a predominância da visão euro-americana na nosologia psiquiátrica global.

A literatura sul-africana também tem desempenhado um papel fundamental na ressignificação da loucura como um reflexo das opressões políticas e raciais. Essa abordagem se distancia de uma visão biomédica ou individualista da saúde mental, inscrevendo a loucura em um contexto histórico e social marcado pela violência sistêmica. Bazin (1995) analisa as obras de Bessie Head, Doris Lessing e Nadine Gordimer, demonstrando como essas autoras utilizam a loucura para expor os efeitos do colonialismo, do racismo e da segregação institucionalizada sobre a subjetividade dos indivíduos e das coletividades.

Em "*A Question of Power*", Bessie Head narra a trajetória de Elizabeth, uma mulher negra africana que enfrenta a misoginia e o racismo em sua busca por pertencimento e estabilidade emocional. A protagonista sucumbe a alucinações e crises psicológicas, mas sua loucura não é apenas um fenômeno pessoal; ela emerge como uma resposta coletiva à desumanização imposta pelo sistema colonial e patriarcal. A narrativa sugere que a experiência do sofrimento psíquico está intrinsecamente ligada às estruturas de poder que historicamente marginalizaram determinados grupos sociais (Bazin, 1995).

Doris Lessing e Nadine Gordimer exploram a mesma temática sob perspectivas distintas, mas convergentes. Em "*Martha Quest*" e "*Shikasta*", Lessing retrata o colonialismo como uma estrutura de insanidade coletiva, em que o delírio do domínio imperial se manifesta tanto nos opressores quanto nos oprimidos. Já em "*July's People*" e "*Burger's Daughter*", Gordimer evidencia a tensão entre identidade, pertencimento e segregação racial, revelando a loucura como um sintoma da desordem social provocada pelo apartheid. Nesses romances, a psiquiatria tradicional é desafiada, pois a loucura deixa de ser vista como uma patologia individual e passa a ser compreendida como um sintoma da violência histórica e política (Bazin, 1995).

## 6.2 Índia e Bengala

Com a chegada dos britânicos na Índia, asilos psiquiátricos foram estabelecidos seguindo o modelo europeu, como o Asilo de Bangalore (1847), que posteriormente se tornou o *National Institute of Mental Health and Neurosciences* em 1974. No período colonial, esses asilos muitas vezes serviam como espaços de confinamento social, reforçando estigmas sobre a loucura em uma lógica similar à carcerária (Siegel & Barros, 2012; Rajpal, 2021).

A *Lei da Loucura* de 1858, imposta pelo governo colonial britânico na Índia, consolidou a psiquiatria tanto como prática quanto como ferramenta de controle. Indivíduos que desafiavam a ordem colonial eram frequentemente rotulados como insanos e confinados em asilos psiquiátricos. Para as mulheres internadas as condições eram ainda mais precárias do que os homens, recebendo menos alimentação e sendo expostas a um tratamento mais degradante, o que resultava em uma maior taxa de mortalidade feminina dentro dessas instituições (Siegel & Barros, 2012; Rajpal, 2021).

Após a independência, reformas buscaram integrar a psiquiatria aos hospitais gerais e ampliar o acesso ao tratamento. No entanto, ainda há desafios, como a escassez de serviços psiquiátricos, o estigma social e a persistência do recurso a templos e curandeiros. Atualmente, abordagens integrativas que combinam psiquiatria, yoga, meditação e espiritualidade buscam atender às complexidades culturais da saúde mental na Índia (Siegel & Barros, 2012; Rajpal, 2021).

Apesar da hegemonia da psiquiatria ocidental, sistemas médicos tradicionais, como a *Ayurveda* e o *Unani*, continuaram a exercer um papel essencial na compreensão e no tratamento da saúde mental, coexistindo em um cenário de tensões. A *Ayurveda*, enraizada na tradição hindu, fundamenta-se no equilíbrio dos *doshas*, os princípios biológicos que regulam corpo e mente: *Vata* (ar e éter) governa o movimento e o sistema nervoso; *Pitta* (fogo e água) influencia

o metabolismo e as emoções intensas; e *Kapha* (terra e água) está ligado à estrutura física, à imunidade e à estabilidade emocional. O tratamento busca restaurar a harmonia do organismo por meio de ervas medicinais, dietas e terapias naturais (Rajpal, 2021).

O *Unani*, de origem greco-árabe e introduzido na Índia pelos muçulmanos, fundamenta-se no equilíbrio dos quatro humores: *Dam* (sangue), associado à vitalidade e ao calor; *Balgham* (fleuma), ligado ao frio, à umidade e à resistência; *Safra* (bile amarela), relacionada à digestão e à irritabilidade; e *Sauda* (bile negra), conectada à introspecção e à melancolia. Suas práticas terapêuticas incluem fitoterapia, dietas e técnicas como ventosas para restabelecer o equilíbrio corporal e mental (Rajpal, 2021).

A interseção entre loucura e espiritualidade também se manifestou em territórios coloniais, como em Bengala<sup>17</sup>, onde a loucura era frequentemente interpretada como uma manifestação de experiência espiritual elevada. O fenômeno da "*loucura santificada*" ou "*intoxicação divina*" exemplifica essa perspectiva, desafiando a concepção ocidental de que estados mentais alterados são necessariamente patológicos (Morinis, 1985). Figuras como Sri Chaitanya Mahaprabhu (1486-1534) e Sri Bamakhepa (1838-1911) são representativas dessa tradição.

Chaitanya, líder do movimento Gaudiya Vaishnava<sup>18</sup>, manifestava estados de êxtase extremo, caracterizados por tremores, desmaios e cânticos frenéticos, sendo considerado um avatar divino consumido pelo amor transcendental por *Krishna* (divindade hindu considerada o Deus Supremo no mundo). Já Bamakhepa, um asceta tântrico de Tarapith<sup>19</sup>, desafiava tabus

---

<sup>17</sup> Região geopolítica, cultural e histórica do sul da Ásia, situada na parte oriental do subcontinente indiano. Atualmente está politicamente dividida entre Bangladexe e territórios indianos.

<sup>18</sup> É uma tradição do Vaishnavismo que surgiu no século XVI na região de Bengala, na Índia, sob a liderança de Sri Chaitanya Mahaprabhu (1486-1534). Ele enfatiza a devoção amorosa (*bhakti*) a Krishna como a suprema realidade e promove o canto congregacional como o meio mais eficaz de alcançar a iluminação espiritual.

<sup>19</sup> Significa que ele era um praticante do tantrismo, uma tradição espiritual hindu-esotérica que enfatiza a experiência direta do divino por meio de práticas ritualísticas intensas, meditação e a transgressão de tabus sociais. Tarapith, localizada no estado de Bengala Ocidental, Índia, é um dos centros mais importantes do tantrismo Saiva-

sociais e insultava divindades como forma de alcançar a libertação espiritual. Ambos representam uma concepção alternativa da loucura, associando-a à transcendência espiritual e não à patologia.

### 6.3 Birmânia

Na Birmânia<sup>20</sup>, saberes médicos tradicionais dialogavam com crenças espirituais enraizadas na cultura local. Em textos birmaneses tradicionais, como o *Grande Tratado Médico Preliminar de Mardawa* (tradução aproximada<sup>21</sup>), a loucura era descrita como uma "doença da mente" com causas atribuídas tanto ao desequilíbrio dos humores corporais quanto à possessão por *nats*, espíritos malignos que perturbam a psique humana. Essa concepção refletia uma visão da saúde mental na qual se entrelaçavam conhecimentos médicos e crenças religiosas, estruturando uma abordagem integrativa entre o físico e o espiritual (Zan, 2010).

Com a introdução da psiquiatria ocidental no século XX, os profissionais birmaneses começaram a incorporar paradigmas biomédicos na compreensão dos transtornos mentais. Esse movimento desafiou explicações tradicionais e promoveu a transição para uma abordagem fundamentada nos modelos psiquiátricos modernos. No entanto, essa transformação não foi uniforme, o que resultou em um hibridismo epistemológico no qual concepções ancestrais, como a possessão espiritual e o desequilíbrio dos humores, continuaram a coexistir com os diagnósticos psiquiátricos contemporâneos. Esse sincretismo se mantém tanto na cultura popular quanto, em certos casos, na própria prática clínica (Zan, 2010).

---

Sakta, dedicado à deusa Tara, uma manifestação feroz da energia divina (Shakti), associada à destruição das ilusões e à libertação espiritual.

<sup>20</sup> Denominação histórica do Myanmar, situado no sul da Ásia continental. O país faz fronteira a noroeste com Bangladesh e Índia, a nordeste com a China, ao leste com o Laos e ao sudeste com a Tailândia. Antiga sede de reinos budistas, foi dominada pelo Império Britânico no século XIX e tornou-se independente em 1948.

<sup>21</sup> No original, *Mardawa Nidan Hsay Kyan Gyee*, é um texto tradicional birmanês que descreve diversas doenças, incluindo a loucura, dentro de uma abordagem holística que integra explicações fisiológicas, psicológicas e espirituais. De acordo com Zan (2009), o tratado pode ter sido originalmente escrito em sânscrito ou páli, línguas amplamente utilizadas no contexto budista do Sudeste Asiático. O significado exato de "Mardawa" ainda não foi definido, mas pelo seu contexto histórico, pode se referir a um autor, a uma tradição médica específica ou a um conjunto de ensinamentos de origem indiana ou birmanesa.

#### 6.4 China, Japão e Taiwan

A psiquiatria no Leste Asiático seguiu trajetórias particulares, mantendo vínculos transnacionais com discursos psiquiátricos globais, mas incorporando práticas tradicionais e adaptações às condições políticas e culturais locais (Baum & Chiang, 2021; Suzuki & Wang, 2022). No século XIX, a introdução de paradigmas psiquiátricos ocidentais ocorreu de maneira diferenciada entre os países da região: no Japão, a modernização psiquiátrica foi impulsionada internamente pela Era Meiji (1868–1912), enquanto na China e na Coreia foi influenciada por intervenções coloniais e missionárias.

Na China, concepções tradicionais sobre a loucura foram moldadas pelo confucionismo, taoísmo e budismo, além de práticas espirituais como o xamanismo, que teve maior relevância entre minorias étnicas. Mesmo com o avanço do cientificismo no século XX, o Estado chinês oscilou entre a incorporação e a repressão de práticas não biomédicas. Durante a Revolução Cultural (1966–1976), a psiquiatria foi alvo de perseguições, e o governo tentou erradicar "superstições", incluindo abordagens espiritualizadas de tratamento. No entanto, após as reformas de Deng Xiaoping (a partir de 1978), houve uma reabilitação da psiquiatria ocidental e a retomada de práticas alternativas (Baum, 2018).

Durante a China socialista, os psiquiatras tiveram que equilibrar o modelo biomédico com diretrizes ideológicas do Estado, moldando a psiquiatria como ferramenta para reforçar valores políticos. Isso se refletiu, por exemplo, no uso da psiquiatria para diagnosticar dissidentes políticos, prática que se tornou amplamente documentada no contexto da repressão estatal (Baum, 2018).

Atualmente, o processo de *bentuhua* (indigenização da psicoterapia) chinês, permitiu a fusão de teorias ocidentais com práticas culturais locais, como o uso de arte e caligrafia como terapias para promover equilíbrio emocional. O processo se refere à adaptação das abordagens

ocidentais de saúde mental às tradições culturais e filosóficas chinesas. Integrando conceitos do confucionismo, taoísmo, budismo e práticas terapêuticas tradicionais, como a medicina chinesa e a acupuntura, buscando tornar a psicoterapia mais compatível com a visão chinesa de saúde mental, que enfatiza o equilíbrio do *Qi*, a harmonia entre *Yin* e *Yang*<sup>22</sup> e a influência das relações sociais (Zhang, 2020).

Paralelamente, no Japão, movimentos como o *Tōjisha-kenkyū* trouxeram uma nova abordagem participativa. Este movimento desafia a psiquiatria tradicional ao permitir que pessoas com transtornos mentais e deficiências estudem suas próprias experiências e construam conhecimento a partir delas. O termo *tōjisha* refere-se a indivíduos pertencentes a grupos marginalizados que reivindicam autonomia, como pessoas com esquizofrenia, autismo e dependência química. O movimento surgiu no início dos anos 2000 na cidade de Urakawa, Hokkaido, com a fundação da *Bethel House*, um centro de apoio criado por indivíduos diagnosticados com transtornos psiquiátricos (Ayaya & Kitanaka, 2023).

O movimento propõe que os pacientes se tornem pesquisadores de si mesmos, promovendo a autorreflexão compartilhada e o desenvolvimento de um conhecimento coletivo sobre saúde mental. Atualmente, a prática se expandiu para universidades, hospitais e empresas, sendo adotada, por exemplo, na Universidade de Tóquio, onde pesquisadores como Shinichiro Kumagaya e Satsuki Ayaya aplicam essa metodologia em estudos sobre autismo e transtornos do desenvolvimento. Além de um instrumento de autoconhecimento e empoderamento, o *tōjisha-kenkyū* tem influenciado políticas públicas e práticas psiquiátricas, tornando-as mais participativas e inclusivas (Ayaya & Kitanaka, 2023).

---

<sup>22</sup> O *Qi* é a energia vital que permeia o universo e os seres vivos, fluindo pelo corpo através dos meridianos. Sua harmonia depende do equilíbrio entre *Yin*, princípio passivo e receptivo, e *Yang*, princípio ativo e expansivo. Na filosofia taoísta e na Medicina Tradicional Chinesa, a desarmonia entre *Yin* e *Yang* causa bloqueios no *Qi*, levando a doenças e desequilíbrios. Práticas como acupuntura, Tai Chi, alimentação energética e um estilo de vida equilibrado auxiliam na manutenção desse fluxo vital, promovendo saúde e bem-estar.

Outras percepções sobre a loucura puderam ser encontradas no cinema taiwanês do século XX que reflete de maneira expressiva o uso da loucura como instrumento político e cultural, particularmente durante o governo do Kuomintang<sup>23</sup> (1928-1949). Conforme demonstrado por Chiang (2015), esse período foi marcado por uma obsessão estatal com a disciplina social e a saúde, manifestada em iniciativas como o *Movimento da Nova Vida*, criado por Chiang Kai-Shek nos anos 1930 para fortalecer a identidade nacional chinesa. Essa perspectiva consolidou-se nas décadas seguintes através do Realismo Saudável (*jiangkang xieshi dianying*<sup>24</sup>), um estilo cinematográfico que promovia uma sociedade ordenada e harmoniosa, onde a loucura era concebida não como uma condição multifatorial ou de saúde mental, mas como um desvio moral e social a ser corrigido (Chiang, 2015).

Essa construção discursiva está exemplificada no filme *Lonely Seventeen* (1967), cuja protagonista, Danmei, enlouquece após a morte de seu primo e objeto de desejo, Feng Ze. No entanto, sua condição não é abordada sob uma perspectiva psicológica complexa, mas sim como um reflexo de sua incapacidade de se conformar às normas sociais impostas pelo Estado. Esse enredo resgata elementos do discurso ocidental sobre a histeria feminina do final do século XIX, ressignificando-os dentro do contexto político taiwanês. A loucura feminina, assim, torna-se um instrumento pedagógico para reafirmar a necessidade da moralidade estatal, e os tratamentos psiquiátricos, incluindo eletroconvulsoterapia, são apresentados como mecanismos de reeducação comportamental (Chiang, 2015).

Além disso, a psiquiatria no cinema taiwanês reflete a dicotomia entre um corpo doente e um corpo disciplinado, alinhando-se ao projeto de modernização estatal. Em *Lonely Seventeen*, a instituição psiquiátrica é retratada não apenas como um espaço terapêutico, mas

---

<sup>23</sup> Refere-se ao regime liderado pelo partido Kuomintang (Partido Nacionalista Chinês), que governou a República da China em diferentes períodos do século XX.

<sup>24</sup> A tradução de "*jiangkang xieshi dianying*" do chinês para o português é "filme realista sobre saúde" ou "filme realista de saúde", mas o termo técnico traduzido é Realismo Saudável.

também como um local de reeducação, onde mulheres são disciplinadas para se adequarem às normas sociais. Assim, enquanto a loucura masculina era frequentemente associada a traumas históricos e questões de identidade nacional, a loucura feminina era reduzida a um problema privado e doméstico, exigindo intervenção disciplinar e reforçando o discurso político que utilizava a psiquiatria como ferramenta de regulação social (Chiang, 2015).

A literatura moderna chinesa e japonesa também explorou a loucura como reflexo das crises subjetivas e culturais advindas de transformações sociais. Eiji (1994) examina três obras fundamentais nesse contexto: *O Diário de um Louco*, de Lu Xun (1918), *Dez Noites de Sonho*, de Natsume Sōseki (1908), e *Diário de um Louco*, de Irokawa Takehiro (1987). O conto de Lu Xun é um marco na literatura chinesa moderna e um dos primeiros a empregar o realismo psicológico para criticar a tradição feudal. O protagonista, inicialmente considerado paranoico, percebe progressivamente que sua sociedade está fundamentada em um sistema simbólico de violência e opressão. Sua "loucura" revela-se, então, como uma forma de resistência, um olhar alternativo que desafia os valores herdados e questiona a estabilidade do pensamento tradicional (Eiji, 1994).

Na literatura japonesa, a loucura é abordada com outras nuances. Em *Dez Noites de Sonho*, Sōseki retrata personagens atormentados pela alienação e pela busca de significado em um mundo transformado pela modernidade ocidental. Já *Diário de um Louco*, de Irokawa Takehiro, enfatiza a fragmentação da identidade, onde o protagonista, incapaz de controlar sua subjetividade, interna-se voluntariamente em um hospital psiquiátrico. Diferente de Lu Xun, que explora a loucura como uma crítica social, Takehiro destaca a impossibilidade de um sentido unívoco para o eu (Eiji, 1994).

A análise comparativa entre diferentes contextos históricos e culturais revela que a loucura nunca foi uma categoria estática, mas um campo de disputa permeado por

epistemologias diversas, embates políticos e dinâmicas de resistência. O domínio da psiquiatria ocidental, muitas vezes imposto por processos coloniais, não erradicou os saberes locais, mas gerou formas híbridas de conhecimento que desafiam modelos hegemônicos e ressaltam a necessidade de uma psiquiatria culturalmente sensível. Ao longo do século XX, emergiram esforços de decolonização da saúde mental, buscando integrar abordagens comunitárias e reconhecer a pluralidade de concepções sobre o sofrimento psíquico.

## 7 Modelos Históricos de Compreensão da Loucura: novas Perspectivas<sup>25</sup>

Os modelos históricos de compreensão da loucura foram introduzidos por Isaias Pessotti em sua obra "*A Loucura e as Épocas*" (1994). Eles são divididos em: modelo mítico-religioso, modelo organicista e o modelo psicológico. Essas categorizações têm valor didático e permitem compreender a evolução das representações da loucura ao longo da história ocidental.

O **modelo mítico-religioso** compreende a loucura como resultado de influências sobrenaturais. Na Antiguidade Clássica, era vista como uma intervenção dos deuses, uma forma de punição ou uma condição sagrada, muitas vezes associada à profecia. Na Idade Média, essa perspectiva se transforma no modelo demonista, no qual a loucura passa a ser interpretada como possessão demoníaca, justificando perseguições e exorcismos. Esse modelo foi um dos principais justificadores da repressão às chamadas "bruxas" e à intolerância religiosa, reforçando a estigmatização dos loucos.

O **modelo organicista** emerge na Antiguidade com Hipócrates, que associa a loucura a desequilíbrios humorais, e se desenvolve com Galeno, que propõe a teoria dos "pneumas". Durante a Modernidade, esse modelo ganha força com a psiquiatria anatomoclínica e as ciências positivistas, levando à patologização da loucura. O modelo organicista fundamenta

---

<sup>25</sup> Esta proposição inicial será aprofundada no capítulo 5 dentro do Modelo Integrativo das RS da Loucura.

abordagens biológicas da psiquiatria contemporânea, incluindo o uso de psicofármacos, mas tem sido criticado por sua redução da loucura à mera disfunção biológica, desconsiderando fatores subjetivos e sociais.

O **modelo psicológico**, embora presente na Antiguidade Clássica em tragédias gregas como as de Eurípedes, ressurgiu com Philippe Pinel no século XVIII. Pinel propõe que as paixões e emoções desreguladas podem ser fatores centrais da loucura e introduz o "tratamento moral". Esse modelo evoluiu com a psicanálise e a psicologia, sustentando que a loucura pode ser tratada para além da intervenção orgânica. No entanto, o modelo também enfrenta críticas por sua perspectiva moralizante e por negligenciar dimensões históricas e culturais mais amplas.

Embora os modelos históricos de Pessotti forneçam uma tipologia útil, eles têm limitações significativas. A primeira delas é a redução eurocêntrica, uma vez que a análise se restringe à tradição ocidental, ignorando abordagens de sociedades não-ocidentais, como as concepções xamânicas, as tradições asiáticas e as epistemologias de populações africanas e indígenas. Além disso, há um foco excessivo na etiologia em detrimento das funções sociais da loucura, enfatizando as causas da insanidade, mas pouco explorando suas implicações sociais, culturais e políticas.

Outra limitação é a ausência da dimensão filosófica e existencial, que permitiria compreender o sofrimento psíquico sob a ótica da filosofia existencialista, considerando a condição humana, a angústia e a subjetividade. Por fim, esses modelos carecem de uma abordagem integrativa e multidimensional, pois a loucura não pode ser reduzida a uma única perspectiva, sendo necessária uma visão mais abrangente que contemple simultaneamente diversas dimensões.

Nestas brechas formaliza-se nossa proposição: um modelo baseado em seis sistemas fundamentais (biomédico, psicológico, sociocultural, filosófico-existencial, espiritual-religioso e artístico-criativo) que articulam diferentes perspectivas e permitem uma análise mais abrangente e contextualizada da loucura, considerando tanto as construções ocidentais quanto as não-ocidentais. A seguir, cada um desses sistemas é delineado, evidenciando suas características e variações.

O *sistema biomédico* concebe a loucura como um distúrbio fisiológico ou neuroquímico do cérebro, tratável por meio de diagnósticos e intervenções médicas. Suas raízes remontam à teoria dos humores na Antiguidade, desenvolvida por Hipócrates e Galeno, e foram aprofundadas no século XIX com a psiquiatria positivista. Com os avanços das neurociências, consolidou-se a ideia de que os transtornos mentais possuem bases biológicas, reforçando a abordagem farmacológica. Contudo, esse modelo é criticado por sua ênfase na biologia em detrimento dos fatores psicossociais. Em contextos não-ocidentais, coexistem práticas biomédicas e sistemas tradicionais, como a Medicina Chinesa e a Ayurveda, que interpretam a saúde mental em termos de equilíbrio energético e fisiológico (Sousa et al., 2018; Insel & Quirion, 2005; Graeff, 2006; Heinrichs, 2001; American Psychiatric Association, 2022).

O *sistema psicológico* compreende a loucura como um fenômeno subjetivo ligado a conflitos internos e processos psicológicos diversos (como emoções, traumas e estados alterados de consciência). Essa visão se manifesta desde a Grécia Antiga, onde tragédias clássicas retratavam o embate entre razão e emoção. No século XIX, a psicanálise revolucionou essa abordagem ao propor que os distúrbios mentais resultam de traumas e repressões inconscientes. Em contextos não-ocidentais, concepções similares podem ser encontradas em tradições africanas e asiáticas, onde a loucura é frequentemente associada a desequilíbrios emocionais dentro da coletividade. No Japão, o movimento *Tōjisha-kenkyū* enfatiza a reflexão

dos próprios sujeitos sobre sua condição, promovendo uma visão mais experiencial da loucura (Araújo, 2011; Freud, 1923/1961; Jaspers, 1963; Birman, 2010; Ayaya & Kitanaka, 2023).

O *sistema sociocultural* vê a loucura como uma construção social influenciada por normas e relações de poder. Historicamente, a marginalização da insanidade esteve ligada a processos de exclusão, como a Grande Internação no século XVII e as políticas manicomiais do século XIX. No século XX, movimentos como a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica questionaram esses paradigmas e propuseram abordagens comunitárias. Em diversos contextos não-ocidentais, a psiquiatria foi usada como ferramenta colonial, justificando a segregação racial, como na África, e o controle político, como na China e Taiwan. Esses exemplos demonstram como a definição da loucura pode ser instrumentalizada para fins políticos e sociais (Foucault, 1961; Castel, 1978; Goffman, 1961; Basaglia, 2005; Batista, 2014; Baum, 2018; Chiang, 2014).

O *sistema filosófico-existencial* interpreta a loucura como uma manifestação da complexidade da condição humana, desafiando noções normativas de racionalidade. Desde Platão, que distinguia a loucura divina da patológica, até Nietzsche, que a via como um rompimento com os limites morais impostos pela sociedade, essa abordagem enfatiza o caráter subjetivo da insanidade. No existencialismo, a loucura é vista como uma resposta autêntica à angústia da liberdade. Em tradições africanas, como o Ubuntu, a loucura é entendida de forma relacional, refletindo dinâmicas comunitárias. Essa perspectiva questiona a medicalização da insanidade e valoriza a experiência singular de cada indivíduo (Nietzsche, 2002; Platão, 1993; Jaspers, 1963; Fromm, 1973; Montenegro, 2014).

O *sistema artístico-criativo* enxerga a loucura como uma força geradora de inovação e expressão. Ao longo da história, figuras como Van Gogh, Artaud e os poetas do Surrealismo exemplificam a relação entre estados alterados de consciência e a criação estética. A literatura

também explora esse vínculo, de Dom Quixote a Hamlet. Em contextos não-ocidentais, a loucura muitas vezes assume um caráter de resistência, como nas obras de Bessie Head na África do Sul e de Lu Xun na China (Monroe, 1992; Neihart, 1993; Eiji, 1994; Bazin, 1995; Naifeh & Smith, 2011)

O *sistema espiritual-religioso* associa a loucura a forças sobrenaturais, possessões ou experiências místicas. Sua história remonta às divindades Gregas e sua interação com a humanidade; posteriormente, se apresenta na Idade Média europeia, onde a Igreja categorizava a insanidade como possessão demoníaca, tratando-a por meio de exorcismos. Mas essa visão não é homogênea. Em contextos ocidentais e não-ocidentais, a loucura é frequentemente interpretada como um desequilíbrio entre o mundo material e o espiritual. No Zimbábue, por exemplo, curandeiros diferenciam transtornos psicológicos de perturbações espirituais, enquanto no xamanismo, experiências psicóticas podem ser vistas como dons sagrados. Com o avanço da psicologia, práticas como a meditação e o mindfulness ganharam reconhecimento por seus benefícios à saúde mental (Durkheim, 1912; Kroll, 1973; Dalgarrondo, 2007; Huguelet & Koenig, 2009; Lukoff et al., 1998; Moreira-Almeida & Menezes Júnior, 2009; Morinis, 1985).

## **8 Considerações Parciais<sup>26</sup>**

Ao longo deste capítulo, revisitamos a história da loucura através das principais transformações epistemológicas, sociais e políticas que moldaram suas representações. Desde os primeiros registros na Antiguidade Clássica até as formulações contemporâneas, observamos como a loucura nunca foi um conceito estático, mas sim um campo dinâmico de significados, disputas e enquadramentos institucionais. Seu percurso evidencia uma constante

---

<sup>26</sup> Optamos por essa nomenclatura em vez de "Considerações Finais", pois cada capítulo constitui uma unidade autônoma e integral dentro da tese. Nosso objetivo é enfatizar a articulação dos principais achados e discussões, promovendo uma reflexão crítica sobre os conteúdos abordados. Em vez de sugerir um encerramento definitivo, buscamos ressaltar a continuidade do pensamento e a interconexão entre as ideias ao longo do trabalho.

renegociação entre saberes religiosos, filosóficos, biomédicos e socioculturais, demonstrando que sua compreensão sempre esteve ligada às estruturas de poder e às dinâmicas sociais.

Ao analisar a loucura na Antiguidade Clássica, observamos que sua relação com o divino, ora como benção, ora como maldição, permeava tanto as tragédias gregas quanto os discursos filosóficos e médicos. Platão, Aristóteles e Hipócrates estabeleceram diferentes formas de enquadrá-la, consolidando distinções entre loucura divina, desordem moral e disfunções orgânicas. No entanto, com a ascensão do Cristianismo na Idade Média, essas concepções foram ressignificadas, e a loucura passou a ser amplamente associada ao pecado e à influência demoníaca. Essa mudança resultou em mecanismos de exclusão e práticas de exorcismo, mas também em formas de assistência que articulavam caridade e disciplina religiosa.

A Idade Moderna trouxe um novo ciclo de transformações, impulsionado pelo racionalismo cartesiano e pelo Iluminismo. A loucura foi progressivamente deslocada do campo do sagrado para o campo do saber científico, culminando na consolidação da psiquiatria como disciplina autônoma no século XIX. Entretanto, esse processo também foi marcado pelo confinamento em massa dos insanos, inserindo a loucura em um circuito de exclusão social legitimado por discursos de normalização e produtividade. O surgimento dos manicômios e das teorias positivistas reforçou um modelo de patologização da loucura, que persistiu por grande parte da Idade Contemporânea.

No século XX, movimentos reformistas e rupturistas desafiaram esse modelo, propondo abordagens alternativas baseadas em direitos humanos e desinstitucionalização. A Reforma Psiquiátrica, impulsionada por Franco Basaglia e outros teóricos, questionou a lógica manicomial e inaugurou novas perspectivas sobre o cuidado em saúde mental, valorizando o protagonismo dos sujeitos e a integração comunitária. No entanto, como observamos ao longo

do capítulo, esse processo está longe de ser linear ou uniforme. A permanência de práticas coercitivas e da medicalização excessiva aponta para tensões entre modelos de assistência e formas de controle social que ainda estruturam as políticas de saúde mental.

Expandimos nossa análise para contextos não-ocidentais, demonstrando como suas as interpretações da loucura mudaram entre culturas e períodos históricos. Em sociedades africanas, asiáticas e indígenas, estados mentais alterados nem sempre foram patologizados, sendo frequentemente compreendidos em termos espirituais, filosóficos ou comunitários. A psiquiatria colonial, ao impor suas categorias e práticas, marginalizou saberes locais, mas também encontrou resistências que resultaram em hibridismos epistemológicos. A interação entre tradições médicas ancestrais e abordagens psiquiátricas modernas reflete a complexidade dos modelos de saúde mental, desafiando concepções universalistas sobre o sofrimento psíquico.

Por fim, propusemos uma revisão crítica dos modelos históricos de compreensão da loucura, argumentando pela necessidade de uma abordagem integrativa que contemple múltiplas dimensões. Nosso modelo, fundamentado em seis sistemas (biomédico, psicológico, sociocultural, filosófico-existencial, espiritual-religioso e artístico-criativo), busca superar reducionismos e fomentar um pensamento mais dialógico e inclusivo. Ao reconhecer a complexidade da loucura e sua interseção com diferentes formas de conhecimento, reafirmamos a importância de uma abordagem que transcenda fronteiras disciplinares e geográficas, valorizando tanto as contribuições da psiquiatria quanto as epistemologias locais e as vivências dos próprios sujeitos. Desta forma, este capítulo nos convidou a continuar interrogando as representações da loucura, não como um conceito fixo, mas como um campo de disputas, ressignificações e possibilidades de emancipação.

A seguir, a transição entre os capítulos 1 e 2 evidencia a passagem de uma abordagem histórica e analítica da loucura para uma discussão centrada em sua construção social e nas disputas epistêmicas que a envolvem. Se no primeiro capítulo a loucura foi analisada a partir de suas múltiplas configurações ao longo do tempo, o segundo capítulo amplia esse debate ao enfatizar que a loucura não é apenas um objeto de conhecimento, mas também um fenômeno produzido e regulado por discursos, instituições e relações de poder. Assim, a transição marca a conexão de um eixo predominantemente genealógico para uma perspectiva socioconstrutivista, que problematiza os processos de normatização, patologização e resistência no campo da saúde mental. Dessa forma, a historicidade da loucura fornece a base para compreender as formas como seu significado é continuamente disputado, ressignificado e instrumentalizado em diferentes contextos sociais e políticos.



## ***CAPÍTULO 2: A Produção Social da Loucura: Disputas Epistêmicas, Normatividade e Resistência***

---

### **1 Introdução: A Construção Social da Loucura entre o Real e a Realidade**

A distinção entre o real e a realidade, proposta por Berger e Luckmann (2003), oferece uma base fundamental para compreender como fenômenos aparentemente objetivos são, na verdade, socialmente construídos e transformados. Para os autores, o **real** corresponde ao que existe independentemente da percepção humana, um dado ontológico que prescinde de interpretações individuais ou coletivas. Já a **realidade** é uma construção intersubjetiva, moldada pelas interações sociais e internalizada ao longo dos processos de socialização. Essa diferenciação evidencia que, embora certas experiências possam ter uma base material ou biológica, seus significados e implicações são mediados por discursos, práticas sociais e estruturas culturais.

A loucura exemplifica essa tensão. Sua recorrência em diferentes sociedades e períodos históricos sugere uma ancoragem em aspectos estruturais da condição humana. No entanto, as formas como é interpretada, nomeada e tratada variam amplamente, revelando sua construção social. Se, por um lado, o sofrimento psíquico pode ter bases biológicas e neuropsicológicas, por outro, os significados atribuídos a esses estados emergem de sistemas de representações que organizam e regulam sua percepção como realidade.

Sob essa perspectiva, a abordagem construcionista de Berger e Luckmann (2003) permite compreender a loucura não como um dado bruto da natureza, mas como um fenômeno inscrito em um longo processo de socialização e legitimação cultural. Desde a infância, internalizamos normas e valores que nos levam a reconhecer determinados estados mentais como normais e outros como desviantes. Essa categorização é reforçada por instituições como a família, a escola, a mídia e os sistemas de saúde, que consolidam esquemas normativos para interpretar e lidar com o sofrimento mental.

A construção social da loucura evidencia que suas definições não são fixas ou universais, mas dependem dos contextos históricos, políticos e culturais que lhes conferem significado. O que em um período foi concebido como experiência espiritual pode, em outro, ser medicalizado como transtorno psiquiátrico. Da mesma forma, subjetividades hoje classificadas como patológicas já foram, ou podem vir a ser, ressignificadas como expressões de criatividade ou resistência. Essa historicidade revela que a loucura não pode ser reduzida a uma condição objetiva, pois está imersa em sistemas simbólicos e institucionais que regulam suas manifestações e formas de tratamento (Foucault, 1978; Campos, 2013; Moura & Maciel, 2024).

Compreender a loucura sob essa ótica exige uma análise que reconheça sua permeabilidade às transformações culturais e sociais. Se toda realidade socialmente construída está em constante mudança, a loucura também pode ser ressignificada por meio de novos discursos e práticas que desafiam normas estabelecidas. Partindo dessa premissa, este capítulo se propõe a examinar criticamente as formas contemporâneas de produção social da loucura, investigando como discursos médicos, políticos e culturais regulam sua percepção e gestão na atualidade. Para isso, recorreremos a autores fundamentais, como Georges Canguilhem, Michel Foucault e Fernando González-Rey, cujas contribuições permitem uma compreensão mais ampla da relação entre normatividade, poder e subjetividade na construção da loucura.

## **2 O Normal e o Patológico: A Normatividade Vital e os Limites da Psiquiatria**

A compreensão da loucura na contemporaneidade nos demanda uma reflexão sobre os conceitos de normalidade e patologia. Nesse sentido, Georges Canguilhem (2002) oferece uma contribuição fundamental ao demonstrar que a normalidade não pode ser reduzida a padrões estatísticos ou critérios universais, pois está sempre vinculada às condições singulares de cada organismo e de seu meio. Para Canguilhem, a normalidade não é um estado fixo, mas um processo dinâmico no qual cada indivíduo estabelece suas próprias normas de funcionamento

e adaptação diante das condições que enfrenta. Essa noção, denominada **normatividade vital**, rompe com a visão mecanicista da medicina tradicional, que frequentemente define a saúde como a mera ausência de doença e a patologia como uma falha ou disfunção biológica. Em contraste, Canguilhem argumenta que a vida é, por definição, uma atividade normativa: um organismo saudável não apenas mantém sua estabilidade, mas também tem a capacidade de criar novas normas para lidar com desafios e adversidades.

A aplicação desse conceito à loucura permite questionar a rigidez das classificações psiquiátricas, que enquadram estados psíquicos em categorias normativas estabelecidas por manuais diagnósticos. A cada nova edição, mais transtornos são adicionados e os critérios diagnósticos ampliados, promovendo um fenômeno de hiperinflação diagnóstica que medicaliza vivências subjetivas e expande os limites da patologização. Esse processo desconsidera que o sofrimento psíquico não pode ser dissociado da história, da cultura e das relações sociais que o atravessam. Reduzi-lo a uma questão diagnóstica significa ignorar sua ancoragem em sistemas simbólicos que estruturam a percepção da loucura e do sofrimento humano (Neves et al., 2017). Canguilhem (2002) aponta que, ao converter experiências subjetivas em diagnósticos padronizados, esses sistemas negligenciam a plasticidade da existência humana e a diversidade dos modos de subjetivação.

Contrário a esta perspectiva, o autor defende que a anomalia, ou anormal, não é necessariamente um erro a ser corrigido, mas pode representar o embrião de novas formas de vida. O que é considerado anormal em determinado contexto pode, em outro, revelar-se uma estratégia inovadora de adaptação ao mundo (Canguilhem, 2002). No contexto da loucura, essa perspectiva desafia a redução de estados mentais divergentes à patologia, reconhecendo que certas formas de subjetividade, embora consideradas desviantes, podem representar modos legítimos de existência. Assim, questiona os padrões normativos estabelecidos tanto pela psiquiatria quanto pela sociedade.

Portanto, ao introduzir a ideia de normatividade vital como critério para pensar saúde e doença, Canguilhem amplia o debate sobre a loucura, deslocando-o para um campo em que a experiência subjetiva é reconhecida em sua diversidade e potência. Se a vida é essencialmente normativa e se redefine continuamente, a loucura pode ser compreendida também como uma expressão singular da subjetividade e uma possibilidade legítima de adaptação ao mundo (Safatle, 2011).

### **3 Entre a Biologia e o Poder: Canguilhem e Foucault na Construção do Normal e do Patológico**

O normal e o anormal ocupam um papel central no pensamento de Canguilhem<sup>27</sup> e Foucault, ambos interessados na forma como os saberes médicos e biopolíticos estruturam a vida social e biológica. Contudo, enquanto Canguilhem investiga a normatividade biológica como inerente aos organismos vivos, Foucault desloca a análise da normatividade para o campo discursivo e institucional, argumentando que o normal e o patológico são construções históricas produzidas pelo saber-poder. Em "*O Nascimento da Clínica*" (2008), ele examina como o olhar médico moderno emerge com a formação de espaços clínicos que redefinem a relação entre doença, corpo e conhecimento. A medicina deixa de ser uma prática limitada à observação empírica para se tornar um discurso que classifica e intervém nos corpos, moldando o que é visto como normalidade.

Esta perspectiva é ampliada com o conceito de **biopolítica**, desenvolvido em "*História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*" (1988) e "*Em Defesa da Sociedade*" (1999). Para Foucault, o poder moderno se exerce não apenas pela repressão, mas por meio de técnicas de controle que regulam a vida dos indivíduos e das populações. A biopolítica é um poder que, em

---

<sup>27</sup> Georges Canguilhem (1904–1995) foi um filósofo e historiador da ciência francês, cuja obra influenciou profundamente a epistemologia médica e a filosofia da biologia.

vez de se manifestar apenas na morte e na punição, visa otimizar a vida, controlando o nascimento, a morbidade, a longevidade e outros fatores biológicos.

A psiquiatria, nesse contexto, é um dos dispositivos biopolíticos mais eficazes, pois não apenas diagnostica e trata a loucura, mas a produz como um objeto de intervenção. Em "*História da loucura na Idade Clássica*" (1978), Foucault argumenta que a construção da loucura como categoria patológica não resulta de uma descoberta científica, mas de um processo histórico de exclusão e normatização dos indivíduos desviantes.

Embora Canguilhem e Foucault compartilhem uma crítica ao reducionismo cientificista, suas abordagens apresentam diferenças significativas. Canguilhem reconhece a importância das instituições médicas, mas enfatiza a autonomia da vida em estabelecer suas normas. Foucault, por sua vez, mostra que as normas de saúde e doença são históricas e construídas pelo discurso médico e pelas relações de poder. Outro ponto fundamental de divergência reside na concepção de normatividade. Para Canguilhem, a normatividade é inerente à própria vida, pois os organismos possuem a capacidade de estabelecer suas próprias normas de funcionamento e adaptação ao meio. Essa perspectiva enfatiza a autonomia biológica e a plasticidade dos seres vivos diante das condições que enfrentam. Já para Foucault, a normatividade não emerge de uma essência vital, mas sim das relações de poder que estruturam os corpos e as subjetividades, sendo imposta por discursos e práticas institucionais.

Nesse contexto, Foucault introduz, em "*As Palavras e as Coisas*" (1999), o conceito de **episteme** para descrever os sistemas históricos que regulam a produção do conhecimento e delimitam os limites do que pode ser pensado e dito em determinado período. A episteme não é apenas um conjunto de ideias ou paradigmas científicos, mas sim a matriz de saber que define as condições de possibilidade do conhecimento em uma época, determinando quais discursos são aceitos como verdadeiros e quais são excluídos ou marginalizados. Assim, a normatividade,

em sua perspectiva, não é uma expressão espontânea da vida, mas um produto das formações discursivas que organizam a experiência humana segundo regras historicamente situadas e sustentadas pelo exercício do poder.

Mesmo com algumas divergências, a integração das perspectivas dos dois autores permite uma compreensão mais ampla sobre a produção das normas que regulam a vida e os corpos.

#### **4 A Subjetividade como Resistência: A Loucura para Além dos Discursos Biomédicos**

O estudo das abordagens de Foucault e Canguilhem revela como os saberes médicos e biopolíticos participam ativamente da regulação da vida, não apenas diagnosticando o normal e o patológico, mas também os produzindo como categorias de controle social e subjetivo. Nesse contexto, a perspectiva de Fernando González-Rey<sup>28</sup> (1997; 2015) torna-se indispensável, pois desloca o foco da regulação institucional da loucura para a produção ativa de sentidos pelos sujeitos psiquiatrizados.

O autor propõe o conceito de **subjetividade** como produção ativa de sentidos, ampliando a compreensão do sofrimento psíquico ao reconhecê-lo como um fenômeno dinâmico e multidimensional, situado na intersecção entre processos biológicos, psicológicos e sociais. Diferentemente das classificações psiquiátricas convencionais, a subjetividade enfatiza a construção de significados, rejeitando a redução da loucura a uma disfunção neuroquímica ou genética (González-Rey, 2015; 1997). Essa perspectiva permite compreender a loucura como um processo em constante negociação entre a experiência subjetiva e os discursos normativos.

Apesar dos códigos biomédicos que enquadram a loucura em categorias fixas, os indivíduos psiquiatrizados reinterpretam e ressignificam suas experiências, criando sentidos

---

<sup>28</sup> Fernando González Rey (1949–2019) foi um psicólogo cubano conhecido por suas contribuições à teoria da subjetividade em uma perspectiva cultural-histórica.

que podem tanto resistir quanto se adaptar à categorização. Ou seja, a subjetividade não é apenas regulada por discursos institucionais, mas também constitui um espaço de agência e reconstrução ativa da identidade e do sofrimento psíquico (González-Rey, 1997; 2015).

Essa perspectiva dialoga diretamente com a crítica foucaultiana à psiquiatria como dispositivo de controle social, mas agrega uma dimensão essencial ao debate: o reconhecimento da subjetividade como campo de resistência. Enquanto Foucault argumenta que a psiquiatria moderna disciplina os sujeitos ao definir quem é são e quem é insano, González-Rey demonstra que os indivíduos psiquiatrizados podem desafiar essas categorizações, apropriando-se delas de formas diversas. Esse fenômeno se evidencia, por exemplo, quando pacientes desenvolvem narrativas alternativas sobre seu sofrimento, questionam diagnósticos e negociam estratégias próprias para lidar com a loucura.

O conceito de *distress*, desenvolvido pelo autor (1997, 2015), é especialmente relevante nessa discussão. Diferentemente das noções tradicionais de transtornos mentais, o *distress* destaca que o sofrimento psíquico não pode ser rigidamente classificado como patológico ou saudável, pois envolve uma complexa construção de significados que varia conforme o contexto sociocultural e as experiências individuais. Assim, a loucura deve ser compreendida não como uma anomalia funcional, mas como um fenômeno histórico, simbólico e relacional.

Essa abordagem também amplia as perspectivas oferecidas por Canguilhem (2002), sugerindo que a normatividade vital não opera apenas no plano biológico, mas também no campo subjetivo e simbólico. Se para Canguilhem a saúde consiste na capacidade de estabelecer novas normatividades para lidar com desafios ambientais, para González-Rey essa mesma lógica se aplica à saúde mental, reconhecendo a loucura como uma possível forma singular de reorganização subjetiva diante das adversidades da existência.

Ao integrar a subjetividade como eixo central da análise, González-Rey (1997, 2015) contribui para um entendimento mais humanizado e complexo da loucura, rompendo com a lógica reducionista que a reduz a um fenômeno biomédico. Seu trabalho ressalta a necessidade de abordagens transdisciplinares que considerem os significados históricos, sociais e culturais atribuídos à loucura.

### **5 Loucura Concreta e Loucura Rústica: Disputas Simbólicas e Políticas na Definição da Irrracionalidade**

Até aqui, temos discutido e analisado como a loucura, enquanto fenômeno socialmente construído, não constitui uma categoria homogênea e estável, mas sim um campo de disputa simbólica e política, no qual diferentes formas de irracionalidade são classificadas, reguladas ou marginalizadas. A maneira como a sociedade enquadra a loucura reflete estruturas de poder e discursos normativos que determinam quais experiências serão institucionalmente reconhecidas e quais permanecerão à margem dos saberes médico e jurídico.

Para compreender essa diversidade de enquadramentos, Campos (2013) propõe a distinção entre dois tipos de loucura: a **Loucura Concreta** e a **Loucura Rústica**. Estas são categorias que elucidam os múltiplos modos pelos quais a desrazão é nomeada, interpretada e regulada. Essas distinções não derivam exclusivamente de critérios científicos ou clínicos, mas também de processos simbólicos e políticos, que estabelecem quais formas de loucura serão incorporadas ao campo da psiquiatria e da saúde mental e quais serão interpretadas como excentricidade, transgressão ou experiência mística.

A Loucura Concreta compreende manifestações de irracionalidade formalmente reconhecidas e regulamentadas por instituições médicas, jurídicas e sociais. São experiências categorizadas dentro de sistemas normativos, como os manuais diagnósticos e sistemas de classificações de doenças, que orientam o diagnóstico e a intervenção psiquiátrica. Exemplos

clássicos incluem os transtornos psicóticos e variações mais graves de transtornos de humor e personalidade, amplamente reconhecidos pelo discurso biomédico e tratados por meio de medicação, psicoterapia e, alguns casos, hospitalização.

A institucionalização da Loucura Concreta reforça dispositivos de regulação e normatização da subjetividade, operando não apenas por meio de práticas terapêuticas, mas também através de mecanismos disciplinares que delimitam a experiência da desrazão. Assim, a psiquiatria moderna não apenas legitima a intervenção médica e psicológica, mas também define quem pode ser considerado são ou insano, justificando, em certos casos, monitoramento, internação ou tratamento compulsório. Contudo, essa legitimação não se dá sem tensões: diferentes atores sociais – psiquiatras, juristas, familiares e os próprios pacientes – disputam os significados atribuídos à loucura e seus impactos na vida dos indivíduos. Embora a Loucura Concreta possa garantir acesso ao cuidado médico, ela também acarreta o risco da estigmatização e da limitação da autonomia individual (Campos, 2013; Caponi & Valencia, 2013).

Em contraste, a Loucura Rústica abarca formas de irracionalidade que escapam aos critérios biomédicos tradicionais, mas que, ainda assim, desafiam a normatividade social. Essas manifestações não são necessariamente enquadradas como transtornos mentais, podendo ser interpretadas como excentricidade, estados de êxtase ou experiências que transitam entre a razão e a desrazão. Exemplos incluem visões místicas, experiências xamânicas, episódios de transe religioso e expressões artísticas intensas, fenômenos que, a depender do contexto histórico e cultural, podem ser tanto celebrados quanto marginalizados (Campos, 2013).

Em algumas culturas e tradições espirituais, indivíduos que afirmam possuir dons mediúnicos ou visões proféticas são vistos como portadores de um conhecimento especial. Em contrapartida, sob o domínio do discurso psiquiátrico hegemônico, essas mesmas experiências

podem ser interpretadas como sintomas de psicose ou esquizofrenia. Do mesmo modo, certas expressões artísticas, frequentemente associadas à genialidade criativa, podem ser romantizadas ou, em determinados casos, vistas como sinais de instabilidade emocional (Campos, 2013).

A Loucura Rústica oscila entre a aceitação e a marginalização. Em alguns contextos, é exaltada como expressão de singularidade ou transcendência; em outros, desqualificada e deslegitimada, expondo seus portadores à exclusão social. A ausência de um enquadramento diagnóstico formal para essas manifestações de desrazão abre espaço para interpretações ambíguas, que alternam entre a admiração e o estigma (Campos, 2013).

O reconhecimento dessa distinção, conforme proposta pelo autor, evidencia que a loucura transcende os limites do domínio médico ou psicológico, refletindo valores culturais e dinâmicas de poder. Enquanto a Loucura Concreta é formalmente regulada e tratada como um desvio clínico, a Loucura Rústica ocupa um território simbólico fluido, uma zona de incerteza onde pode ser exaltada ou reprimida a depender do contexto sociocultural em que se insere. Esse processo se manifesta de forma evidente na mídia, que não apenas reproduz percepções sociais sobre a loucura, mas também modula e transforma seus significados.

## **6 A Loucura na Mídia: Estigmatização, Espetacularização e Movimentos Contranarrativos**

Na sociedade contemporânea, os discursos midiáticos desempenham um papel central na construção das representações da loucura, operando tanto na perpetuação de estereótipos estigmatizantes quanto na disputa por novos sentidos e ressignificações do sofrimento psíquico. Assim, a mídia se configura como um espaço de tensão simbólica, onde diferentes narrativas concorrem para definir os contornos do que é compreendido como loucura, influenciando sua

marginalização ou sua legitimação social (Albuquerque, 2024; Costa, 2024; Desinstitute, 2025; Garcia, 2015; Machado, 2004; Rose, 1998; Santos, Danfá & Almeida, 2021).

Com o advento das mídias digitais, a representação da loucura passou por transformações significativas. Redes sociais, blogs e podcasts tornaram-se espaços dinâmicos onde discursos sobre saúde mental são simultaneamente reforçados e contestados. A interatividade dessas plataformas possibilitou que pessoas psiquiatrizadas compartilhassem suas experiências, desafiando concepções hegemônicas e oferecendo novas perspectivas, deslocando a loucura do domínio exclusivo da medicina para o campo da experiência vivida (Albuquerque, 2024; Costa, 2024; Desinstitute, 2025; Sousa & Masette, 2024; Viana, 2021).

Nesse contexto, os movimentos contranarrativos emergem como formas de resistência simbólica, desafiando estereótipos, ressignificando representações e amplificando as vozes de grupos historicamente marginalizados. Impulsionados por coletivos, ativistas, acadêmicos e produtores culturais, esses movimentos questionam discursos dominantes e propõem novos sentidos para o sofrimento psíquico. Através de plataformas digitais, como podcasts, vídeos e redes sociais, promovem narrativas que enfatizam tanto a subjetividade quanto a coletividade daqueles que vivenciam o adoecimento mental como parte de sua trajetória. Ao problematizar a medicalização excessiva e reivindicar direitos e inclusão social, contribuem para uma compreensão mais plural e humanizada da loucura (Viana, 2021).

Exemplos concretos dessas iniciativas incluem: documentários como “*Estamira*” (2004), que desconstrói a visão patologizante da loucura ao apresentar a trajetória de uma mulher em situação de vulnerabilidade; o Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil, que utiliza redes sociais e outras plataformas para questionar a institucionalização da loucura e defender abordagens mais inclusivas (Santo, Araujo & Amarante, 2012); e o “*Desinstitute*”, organização da sociedade civil sem fins lucrativos dedicada à defesa dos direitos humanos e ao

cuidado em liberdade no campo da saúde mental na América Latina. Fundado em 2020 por profissionais da saúde e do Sistema de Justiça, o *Desinstitute* atua em vários eixos, como a produção e disseminação de conteúdos sobre saúde mental (Desinstitute, 2025).

Entretanto, apesar desses avanços, o contexto midiático continua a reproduzir representações marcadas por um viés negativo e estigmatizante. Historicamente, a imprensa e outros meios de comunicação reforçaram a imagem da loucura como um fenômeno desviante, perigoso e incontrolável. Esse discurso, sustentado por estereótipos de irracionalidade e violência, não apenas contribuiu para a exclusão social dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, mas também legitimou práticas coercitivas e institucionalizações forçadas. No Brasil, por exemplo, durante o regime militar, a imprensa frequentemente defendia o confinamento psiquiátrico como uma medida de segurança pública e controle social (Garcia, 2015; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Santos & Eskinazi, 2022; Albuquerque, 2024; Costa, 2024; Desinstitute, 2025).

Atualmente, a mídia opera de maneira paradoxal: ao mesmo tempo em que promove discussões sobre saúde mental, também espetaculariza a loucura. Programas televisivos e noticiários frequentemente associam transtornos mentais a episódios de violência e caos, reduzindo a complexidade do sofrimento psíquico a narrativas alarmistas. Esse enquadramento reforça o imaginário da loucura como um estado de descontrole a ser contido, intensificando o medo e a marginalização de pessoas em sofrimento (Albuquerque, 2024; Costa, 2024; Desinstitute, 2025; Garcia, 2015; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Santos & Eskinazi, 2022; Sousa & Massette, 2024).

No ambiente digital, esse fenômeno se desdobra de forma ainda mais acelerada. *Memes* e conteúdos viralizados frequentemente ressignificam e simplificam o tema, esvaziando sua complexidade. Memes de grande alcance como “*o paciente mais fraco do CAPS*” ou “*do jeito*

*que o CAPS gosta*” reforçam a associação entre sofrimento psíquico, marginalidade e perda de autonomia. Dessa forma, o CAPS, criado no contexto da Reforma Psiquiátrica para substituir os hospitais psiquiátricos e promover o cuidado em liberdade, acaba sendo distorcido dentro de uma lógica que o aproxima da função histórica do manicômio (Desinstitute, 2025; Sousa & Masette, 2024).

Mais do que simples manifestações de humor, esses discursos contribuem para a perpetuação de estigmas sob novas roupagens. Ao recorrer a uma estética e um vocabulário próximos ao modelo manicomial, esses conteúdos viralizam preconceitos sem questionar os dispositivos de poder que os sustentam. O humor, nesse contexto, assume um papel ambíguo que naturaliza a loucura como disfunção, deslocando o CAPS de seu propósito inclusivo para um espaço de exclusão simbólica (Desinstitute, 2025; Sousa & Masette, 2024).

Essa tensão revela uma contradição fundamental: enquanto a Reforma Psiquiátrica propôs a superação do modelo manicomial, os discursos midiáticos estigmatizantes persistem, dificultando a transformação das RS da loucura. O CAPS, em vez de consolidar-se no imaginário social como marco da mudança institucional, muitas vezes ressurgiu como um novo símbolo da alteridade psiquiátrica, evidenciando que a reestruturação dos serviços de saúde mental, por si só, não garante a transformação do imaginário social da loucura.

Os discursos midiáticos contemporâneos também frequentemente recorrem a diagnósticos psiquiátricos para redefinir debates políticos como questões de saúde mental, transformando conflitos ideológicos em distúrbios individuais. Esse processo despolitiza o debate ao patologizar opositores, substituindo divergências legítimas por enquadramentos clínicos que desqualificam o dissenso. Em vez de abordar disputas estruturais, a mídia constrói determinadas figuras públicas como mentalmente instáveis, apagando contradições sociais e enfraquecendo a crítica. Nesse contexto, características políticas são reinterpretadas sob uma

ótica psiquiátrica, reforçando a percepção de que certos líderes são "loucos", "instáveis" ou "incapazes" não por suas escolhas ideológicas, mas por supostas fragilidades psicológicas. Esse enquadramento distorce o debate democrático, reduzindo-o a diagnósticos que obscurecem os verdadeiros conflitos e interesses políticos (Pereira, 2023).

No contexto contemporâneo a relação entre mídia e loucura também é permeada por uma lógica comercial que transforma o sofrimento psíquico em um produto de consumo. Influenciadores digitais e campanhas publicitárias promovem discursos de autoajuda e superação individual, ocultando os fatores estruturais que contribuem para a saúde ou adoecimento mental. Essa abordagem se insere em uma racionalidade neoliberal, reforçando a responsabilização individual em detrimento de uma compreensão mais ampla das determinantes sociais da saúde mental (Han, 2015; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

### **7 A Loucura e a Subjetividade no Neoliberalismo: Entre a Medicalização e a Precarização da Vida**

A construção social da loucura na contemporaneidade está intrinsicamente ligada à dinâmica neoliberal, que redefine a saúde mental não apenas como um campo biomédico, mas como um fenômeno sociopolítico influenciado por processos econômicos, culturais e tecnológicos. O modelo neoliberal tem instrumentalizado a psiquiatria e a psicologia para consolidar uma subjetividade baseada na performance, na produtividade e na autossuperação, o que reforça um ideário individualista e mercantilizado da saúde mental. A ascensão desse modelo a partir da década de 1980 coincidiu com a reformulação da psiquiatria, marcada pela ampliação do vocabulário de transtornos mentais aliada ao lançamento do DSM-III<sup>29</sup> e pelo avanço da medicalização do sofrimento psíquico (Corbanezi, Caponi, & Mazon, 2024).

---

<sup>29</sup> Whitaker (2020) afirma que a publicação do DSM-III consolidou a visão de que depressão, ansiedade e outros transtornos eram doenças mentais. A relação entre sofrimento emocional e circunstâncias de vida foi excluída da equação diagnóstica, e sentir determinadas emoções passou a ser considerado sintoma de doença. O manual impulsionou a “medicalização do normal” e, com edições subsequentes, tornou mais fácil diagnosticar transtornos

O neoliberalismo, enquanto racionalidade econômica e social, molda as experiências de sofrimento psíquico ao promover a precarização subjetiva. Corbanezi (2024) introduz esse conceito para evidenciar como as exigências neoliberais de desempenho e adaptação contínua intensificam estados de angústia e ansiedade, potencializados pela hiperconectividade<sup>30</sup> e pela pressão incessante por autoaperfeiçoamento. Essas dinâmicas afetam diferentes grupos sociais de maneira desigual, revelando as interseções entre gênero, classe e subjetividade na experiência da saúde mental (Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

Nesse cenário, a saúde mental é convertida em mercadoria, sujeita às dinâmicas de mercado que impõem a incessante busca por produtividade e alto desempenho. A medicalização se amplia como uma resposta padronizada às angústias e sofrimentos que frequentemente têm raízes estruturais e coletivas, transformando desafios existenciais em problemas individuais a serem solucionados por meio de diagnósticos e intervenções farmacológicas. Paralelamente, a lógica neoliberal nega a finitude humana, alimentando a ilusão de que corpo e mente podem ser indefinidamente otimizados e aperfeiçoados. Essa perspectiva ignora os limites naturais da existência e impõe a culpa individual pelo adoecimento e pelo desgaste emocional (Pichinine, 2024).

No capitalismo tardio, o sofrimento psíquico é mercantilizado de forma a despolitizar essa experiência e alimentar um ciclo contínuo de consumo de terapias, medicamentos e discursos motivacionais. A complexidade da existência humana é assim reduzida a um projeto incessante de autogestão e superação individual (Pichinine, 2024). Nesse contexto, a ideologia

---

psiquiátricos, inclusive em crianças. Posteriormente, utilizando os critérios do DSM-IV, estimou-se que quase 20% dos adultos americanos enfrentavam surtos de doença mental anualmente, com as drogas psiquiátricas como principal tratamento.

<sup>30</sup> Refere-se à intensa e contínua conexão entre indivíduos, dispositivos e redes digitais, impulsionada pela internet, redes sociais e tecnologias móveis. Caracteriza-se pela disponibilidade permanente, multiplicidade de dispositivos, fluxo constante de informações e diluição das fronteiras entre vida pessoal e profissional. Embora facilite o acesso à informação e a comunicação, também gera sobrecarga cognitiva, ansiedade digital e desafios à privacidade, impactando a dinâmica social e psicológica na era digital.

felicista desempenha um papel central, difundindo a crença de que sucesso e bem-estar resultam exclusivamente do esforço pessoal, desconsiderando desigualdades estruturais e aprofundando a vulnerabilidade psicológica (Han, 2015). Ao responsabilizar o indivíduo por seu próprio sofrimento, esse discurso favorece a patologização da vida cotidiana, reforçada por uma psiquiatria contemporânea que inflaciona diagnósticos e acentua a dependência da medicalização (Whitaker, 2017). Esse processo tem contribuído para o progressivo apagamento da abordagem fenomenológica na psiquiatria, valorizando uma lógica biomédica em detrimento da experiência subjetiva do sofrimento (Bezerra, 2013).

A lógica neoliberal, ao se internalizar, molda também os discursos sobre a internação compulsória, convertendo-a em um dispositivo de controle social. Essa prática resulta da interseção entre a penalização da pobreza e a desregulação econômica, pilares centrais do neoliberalismo. Justificada tanto pela retórica da *defesa social* quanto pela da *ajuda compulsória*, a internação forçada aprofunda a exclusão de grupos vulneráveis e reforça o estigma da loucura como uma ameaça à ordem social (Lemos, 2013; Wacquant, 2010).

Esse cenário tem impactos na precarização da saúde mental no Brasil, intensificada pela contrarreforma neoliberal, que agravou a crise econômica e social ao desestruturar políticas públicas de proteção e deteriorar as condições de trabalho. A *uberização*<sup>31</sup> das relações laborais e a radicalização da desigualdade geram impactos devastadores na saúde mental coletiva, especialmente em momentos de crise, como evidenciado durante a pandemia de COVID-19. A resposta neoliberal às emergências sanitárias negligenciou medidas de proteção, ampliando o sofrimento psíquico da população trabalhadora (Cavalcante, 2020).

---

<sup>31</sup> Refere-se à precarização das relações laborais mediadas por plataformas digitais, onde trabalhadores atuam como autônomos sem vínculo empregatício, direitos trabalhistas ou segurança social. Caracteriza-se por remuneração variável, ausência de benefícios e dependência de algoritmos que controlam a oferta de trabalho. Esse modelo intensificou-se com a crise econômica e as reformas neoliberais, ampliando a informalidade e a vulnerabilidade dos trabalhadores.

A reforma psiquiátrica brasileira, fundamentada na desinstitucionalização e na luta antimanicomial, propõe uma saúde mental coletiva e emancipatória, que busca transformar a relação entre a sociedade e o sofrimento psíquico, rompendo com a dicotomia entre indivíduo e sociedade. Entretanto, a crise estrutural do neoliberalismo compromete esse projeto, restringindo investimentos em políticas públicas e reforçando abordagens biomédicas e medicalizantes (Cavalcante, 2020).

Diante desse cenário, é essencial questionar as formas contemporâneas de produção da loucura e resistir à mercantilização do sofrimento psíquico. A saúde mental deve ser compreendida não como um fenômeno isolado, mas como um reflexo das condições materiais e estruturais que moldam a subjetividade na contemporaneidade. Assim, a luta por uma saúde mental verdadeiramente democrática deve estar articulada à luta contra a precarização da vida e contra os efeitos desagregadores do neoliberalismo.

## **8 Considerações Parciais**

A produção social da loucura emerge da intersecção entre discursos, instituições, normatividades e subjetividades, evidenciando sua natureza eminentemente histórica e cultural. A distinção entre o real e a realidade permite compreender que, embora existam manifestações concretas do sofrimento psíquico, suas representações e implicações sociais são mediadas por construções intersubjetivas. A loucura, portanto, não pode ser reduzida a um fenômeno puramente biológico ou individual, pois é um produto de processos sociais que a categorizam, normatizam e regulam.

A normatividade vital introduz a noção de que os organismos estabelecem suas próprias normas para lidar com os desafios do meio, o que desloca a compreensão da saúde e da patologia para um campo mais dinâmico e flexível. Essa perspectiva questiona a rigidez das classificações psiquiátricas e problematiza a expansão diagnóstica, que frequentemente

transforma experiências subjetivas em categorias patológicas. A psiquiatria moderna, ao produzir diagnósticos e intervir na subjetividade, não apenas descreve a loucura, mas também a cria como um objeto de gestão e controle. As normatividades que regulam a saúde mental são, assim, históricas e construídas por discursos institucionais, que definem o que pode ser considerado normal ou desviante.

Os sistemas epistêmicos que sustentam as definições sobre a loucura estão ancorados em relações de poder que disciplinam os corpos e as subjetividades. As instituições psiquiátricas não apenas classificam os indivíduos, mas também moldam suas experiências por meio de práticas discursivas e intervencionistas. Entretanto, essa normalização não é imutável, pois os sujeitos psiquiatrizados participam ativamente da construção de significados, ressignificando suas vivências e desafiando as categorizações que lhes são impostas. A subjetividade, nesse contexto, emerge como um campo de resistência e reconfiguração simbólica, permitindo que narrativas alternativas sejam formuladas a partir da experiência vivida.

Portanto, a loucura possui diversos enquadramentos sociais. Alguns são mais concretos e formalmente reconhecidos e institucionalizados, sendo objeto de regulação psiquiátrica e jurídica. Outros ocupam espaços ambíguos entre a valorização e a marginalização, ora exaltados, ora reprimidos. Essa diversidade evidencia a loucura como um campo de disputa simbólica, no qual distintos atores sociais competem pela definição de seus significados.

Nessa disputa, os discursos midiáticos desempenham um papel ambíguo, ao mesmo tempo em que perpetuam estigmas, também abrem espaço para contranarrativas. A espetacularização da loucura nos meios de comunicação evidencia a tensão entre sensibilização e reforço de estereótipos, tornando sua construção social um processo dinâmico e em constante transformação. Movimentos contranarrativos, impulsionados por ativistas, coletivos e

indivíduos psiquiatrizados, ressignificam o sofrimento psíquico e promovem uma abordagem mais plural e humanizada da saúde mental.

No contexto neoliberal, a produção da loucura está intimamente relacionada à mercantilização da saúde mental e à precarização da vida. O sofrimento psíquico é convertido em mercadoria, reforçando uma lógica de responsabilização individual e apagando as determinações estruturais que influenciam o adoecimento mental. Esse modelo promove o diagnóstico e a medicalização como respostas rápidas para angústias profundamente enraizadas nas condições materiais e nas relações sociais.

Nesse contexto, a psiquiatria opera como um dispositivo de regulação subjetiva, moldando os indivíduos para atender às exigências de um sistema que prioriza produtividade e eficiência em detrimento da reflexão e da expressão singular das subjetividades. A reestruturação da saúde mental exige a desconstrução dos paradigmas medicalizantes e a valorização das experiências e das vozes dos sujeitos psiquiatrizados. O reconhecimento da pluralidade das formas de experiência psíquica, aliado à problematização dos dispositivos institucionais de controle, permite uma abordagem mais ampla e complexa sobre a loucura. Assim, compreender a loucura como um fenômeno que transcende os limites da biomedicina e das classificações psiquiátricas é essencial para fomentar uma perspectiva mais inclusiva e humanizada, que respeite as subjetividades e promova a autonomia dos indivíduos que vivenciam o sofrimento psíquico.

A trajetória histórica e a construção social da loucura delineadas nos capítulos 1 e 2 evidenciam que sua compreensão não pode ser dissociada dos contextos culturais, políticos e epistemológicos que a moldam. Se, por um lado, a loucura tem sido regulada por dispositivos de exclusão e normatividade, por outro, ela também emerge como um campo de disputa simbólica, no qual diferentes sistemas de saber competem pela sua definição. Nesse sentido, as

RS da loucura desempenham um papel central na mediação entre os discursos hegemônicos e as experiências subjetivas, influenciando tanto a forma como a sociedade categoriza e lida com a loucura quanto as estratégias de resistência que se desenvolvem em torno dela. O Bloco 2 aprofunda essa discussão ao mobilizar a TRS como referencial para compreender como os sentidos da loucura são construídos, negociados e ressignificados, explorando as dinâmicas da polifasia cognitiva e dos processos de objetivação e ancoragem na configuração dos sistemas explicativos sobre a loucura.



## ***BLOCO 2 – Bases Teóricas e Explicativas das Representações da Loucura***

---

Este bloco, composto pelos capítulos 3 e 4, discute os fundamentos da TRS e sua aplicação na compreensão das representações da loucura. O capítulo 3 apresenta a origem e a evolução da TRS, destacando seus principais conceitos, como objetivação, ancoragem, polifasia cognitiva e SRS, além de suas diferentes abordagens teóricas. O capítulo 4 analisa a inter-relação entre SRS, polifasia cognitiva e os modelos explicativos da loucura, investigando como diferentes sistemas de conhecimento (científico, popular e institucional) estruturam as representações da loucura, evidenciando lacunas teóricas na literatura analisada.

O *Capítulo 3 – A Teoria das Representações Sociais*, vincula-se aos seguintes objetivos: (3) explorar o papel da polifasia cognitiva na coexistência e tensão entre múltiplas explicações sobre a loucura, considerando discursos biomédicos, psicológicos, espirituais, filosóficos e socioculturais; e (7) contribuir para o avanço da TRS, propondo um modelo integrativo que relacione os SRS, a polifasia cognitiva e os processos de exclusão e ressignificação da loucura.

Além disso, se ancora nos pressupostos de que: (3) os SRS organizam e estruturam o conhecimento sobre a loucura, mas sua abordagem na literatura ainda é fragmentada e permeada por disputas epistemológicas; e (4) a polifasia cognitiva permite a coexistência de sistemas explicativos contraditórios sobre a loucura, tornando as RS desse fenômeno heterogêneas e dinâmicas.

O *Capítulo 4 – Sistemas de Representações Sociais, Polifasia Cognitiva e Modelos Explicativos da Loucura: Uma Revisão de Escopo*, vincula-se aos seguintes objetivos: (3) explorar o papel da polifasia cognitiva na coexistência e tensão entre múltiplas explicações sobre a loucura, considerando discursos biomédicos, psicológicos, espirituais, filosóficos e socioculturais; (4) investigar a influência da tríade Ego-Alter-Objeto na configuração das RS

da loucura, analisando os processos de identificação, alteridade e estigmatização; e (7) contribuir para o avanço da TRS, propondo um modelo integrativo que relacione os SRS, a polifasia cognitiva e os processos de exclusão e ressignificação da loucura.

Esse capítulo também se ancora nos seguintes pressupostos: (3) os SRS organizam e estruturam o conhecimento sobre a loucura, mas sua abordagem na literatura ainda é fragmentada e permeada por disputas epistemológicas; (4) a polifasia cognitiva permite a coexistência de sistemas explicativos contraditórios sobre a loucura, tornando as RS desse fenômeno heterogêneas e dinâmicas; e (5) o processo de objetivação converte a loucura em imagens socialmente naturalizadas, enquanto a ancoragem ocorre predominantemente nos modelos biomédico e psicológico.

*As pessoas na rua, em cafés, em seus lugares de trabalho, em hospitais, laboratórios, etc. estão sempre fazendo colocações críticas, comentando e fermentando “filosofias” não oficiais e espontâneas que têm uma influência decisiva sobre suas relações, suas escolhas, sua forma de educar suas crianças, fazer planos e assim por diante (Serge Moscovici).*

# CAPÍTULO 3: A Teoria das Representações Sociais

**Pinel, os loucos e suas correntes no Asilo de Salpêtrière (1795), retratados por Tony Robert-Fleury. As correntes físicas podem ter sido quebradas, mas os grilhões biomédicos foram fortalecidos.**



## ***CAPÍTULO 3: A Teoria das Representações Sociais***

---

### **1 A Fundação e a Evolução das RS**

A TRS foi inaugurada por Serge Moscovici na década de 1960, despontando como uma nova forma de compreender como o conhecimento é construído e compartilhado no seio dos grupos sociais. Desde sua primeira formulação, em especial na obra “*La Psychanalyse: Son Image et Son Public*” (1961), Moscovici apresentou a noção de que vivemos em um ambiente de pensamento modelado por interações sociais, cultura e história. Essa perspectiva rompeu com enfoques meramente cognitivistas ao enfatizar a dimensão coletiva e histórica na produção das crenças e percepções (Moscovici, 1978; Tomé & Formiga, 2020).

Contudo, foi apenas em 1976, com a revisão ampliada de sua obra inaugural, que a TRS ganhou maior proeminência acadêmica. A reedição daquele período trouxe coesão ao arcabouço teórico, reforçando a ideia de que o conhecimento científico, ao ser divulgado fora de sua esfera de origem, transforma-se e enraíza-se nos universos consensuais como RS. Esse processo articula de forma dinâmica a comunicação científica com o senso comum, evidenciando a maneira pela qual grupos sociais apropriam-se de conceitos antes restritos à ciência e os incorporam ao seu repertório cotidiano (Moscovici, 1978; Nogueira & Di Grillo, 2020).

A evolução da TRS seguiu, ainda, pelo aprofundamento de estudos que reforçaram sua aplicabilidade para compreender fenômenos psicossociais em contextos históricos, culturais e linguísticos diversos (Jodelet, 2014). A teoria valoriza o sujeito como agente ativo na construção de significados, o que contrasta com visões tradicionalmente positivistas. A ênfase na linguagem, nos significados e na racionalidade prática contribuiu para a consolidação de uma abordagem que considera o papel fundamental das interações comunicativas e simbólicas na formação de crenças, saberes e práticas sociais (Doise, 2002; Palmonari & Cerrato, 2014).

Moscovici, assim, delineou um campo robusto de investigação, possibilitando que a TRS se tornasse referência para abordar temas como a influência mútua entre ciência e sociedade e a historicidade das ideias. A teoria oferece instrumentos para analisar como fenômenos complexos passam a ser apropriados por segmentos sociais específicos, tornando-se parte do senso comum e orientando comportamentos e valores (Moscovici, 2009; Nogueira & Di Grillo, 2020). O aprofundamento metodológico e conceitual, bem como a incorporação de novos estudos empíricos em diferentes áreas, reforçou a pertinência da TRS para investigar a forma como os indivíduos e grupos produzem e recriam significados ao longo do tempo (Clémence, Green & Courvoisier, 2014; Tomé & Formiga, 2020).

Nesse sentido, a fundação e a evolução da TRS evidenciam sua vocação interdisciplinar, ultrapassando fronteiras na Psicologia Social e dialogando com diversas ciências humanas. Ao compreender o saber como um tecido vivo, que continuamente se transforma pela circulação de ideias e pela influência recíproca dos sujeitos, a teoria ganha relevo na explicação de processos sociais contemporâneos. Essa solidez conceitual, forjada a partir das contribuições de Moscovici e de outros pesquisadores, continua a expandir o campo de aplicação da TRS, consolidando-a como pilar teórico fundamental para a análise do pensamento social.

## **2 As Representações Sociais**

*“As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”* (Jodelet, 2002, p.22). Em outras palavras, são saberes do senso comum, teorias do cotidiano, que emergem das interações diárias e da cultura, permitindo que os indivíduos interpretem a realidade de maneira coletiva. Moscovici destacou que as RS formam um sistema de valores, ideias e práticas com dupla função: estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos se orientarem em seu mundo e fornecer um código comum que viabilize a comunicação entre os membros de um grupo (1978).

Desse modo, as RS são fundamentais na construção do conhecimento social porque organizam a experiência e criam um referencial partilhado para que as pessoas compreendam os fenômenos ao seu redor. Elas conferem sentido ao desconhecido, transformando informações e acontecimentos em realidade familiar para o grupo. Isso reabilita o papel do senso comum na vida social: distante de ser um pensamento “inferior”, o conhecimento cotidiano fornece bases práticas sobre as quais a sociedade constrói significados e orienta suas ações (Arruda, 2002).

Elas exercem o papel de mediadoras entre a consciência individual e a realidade coletiva. Existindo na confluência do psicológico com o sociológico, articulando o que a pessoa pensa e sente com as ideias, valores e práticas compartilhadas em seu grupo ou cultura (Wagner, 2020; Jodelet, 2002).

Isso significa que uma RS pertence simultaneamente ao indivíduo e à sociedade: é produzida por mentes individuais, mas a partir de sistemas de significados socialmente construídos. Moscovici desenvolveu a teoria justamente para explicar como o pensamento individual se ancora em tradições coletivas por meio da comunicação com os outros (Moscovici, 1978; Wagner, 2020; Jodelet, 2002). Assim, a comunicação é o berço e o veículo das RS.

É justamente no cotidiano, nas conversas e encontros entre diferentes atores sociais, que as RS são negociadas, reafirmadas ou contestadas. Nesse contexto, a linguagem assume um papel crucial, oferecendo rótulos, metáforas e narrativas que materializam as representações e facilitam o entendimento mútuo (Cabecinhas, 2004).

Essa dimensão comunicativa das RS é central. A comunicação não só dá origem e dissemina representações existentes, como também permite que sejam questionadas e transformadas ao longo do tempo. Novas palavras, conceitos ou discursos sociais podem

desafiar antigas representações, levando à constante atualização dos significados compartilhados (Marková, 2017; 2003).

O caráter dialético das RS decorre justamente desta natureza comunicativa do pensamento humano – pensar em algo já implica inserir-se num contexto compartilhado com outras pessoas (Cabecinhas, 2004). Assim, as RS ligam a esfera pessoal (nossas percepções, emoções e ideias) à esfera pública (valores culturais, discursos e práticas sociais), sendo fundamentais para entendermos como o sujeito é, ao mesmo tempo, fruto da sociedade e agente que a interpreta. Essa mediação permite que os indivíduos negociem significados com os demais, tornando possível uma visão de mundo comum sem anular a perspectiva singular de cada um. Em suma, as RS operam como um termômetro e tradutor entre o eu e o nós, elas traduzem objetivamente os eventos sociais para a compreensão individual e, reciprocamente, expressam subjetivamente as atitudes individuais de forma compartilhável dentro de um grupo (Arruda, 2002).

As RS são construções simbólicas e comunicativas que não apenas influenciam a percepção da realidade, mas também as interações sociais cotidianas. Moscovici destaca que uma RS funciona como uma verdadeira preparação para a ação, pois orienta comportamentos e simultaneamente transforma o ambiente social. Dessa forma, as representações são capazes de reorganizar a realidade, fornecendo referenciais comuns que facilitam a compreensão mútua entre indivíduos e grupos (Moscovici, 1978).

Compreender a dinâmica das RS exige um olhar para além da simples relação entre indivíduo e fenômeno. Isso porque a construção social dos significados é, antes de tudo, um processo relacional, onde a presença e atuação do outro (Alter) tornam-se fundamentais para a emergência, estabilidade ou transformação dessas representações.

### 3 A Tripla Dimensão da Psicologia Social

O modelo conceitual proposto por Moscovici diferencia-se das abordagens tradicionais da Psicologia e da Sociologia por incorporar um terceiro elemento à clássica dualidade sujeito-objeto. Enquanto aquelas disciplinas frequentemente analisam fenômenos sob uma perspectiva binária, a Psicologia Social adota uma visão tripla, que contempla o Ego (sujeito individual), o Objeto (fenômeno estudado) e o Alter (contexto social e coletivo). Assim, a Psicologia Social reconhece que o indivíduo (Ego) percebe e age em relação ao Objeto sob influência direta e indireta do Alter, que funciona como mediador e modulador das RS (Moscovici, 1984; Wolter, 2014).

Nesse sentido, Moscovici ressalta que a dimensão social permeia desde a descrição inicial do objeto. Não se trata de uma relação linear e simples entre sujeito e objeto, mas de uma dinâmica complexa em que o contexto social determina, desde o início, a forma como o Objeto será representado e compreendido. Essa abordagem tripartida amplia a compreensão das interações sociais, destacando a presença constante do Alter como elemento que condiciona, transforma e sustenta as relações entre Ego e Objeto (Lahlou, 2014; Palmonari & Cerrato, 2014).

Imagine um estudante de Psicologia (Ego) que, ao iniciar seus estudos sobre a loucura (Objeto), forma suas primeiras impressões a partir do conteúdo acadêmico que lê. No entanto, sua compreensão não ocorre em um vácuo: ela é mediada pelo Alter, que engloba influências sociais como sua família, professores, colegas de curso, a mídia e as políticas públicas sobre saúde mental.

Se esse estudante cresceu em um ambiente em que a loucura sempre foi associada ao perigo e à necessidade de confinamento, ele pode inicialmente aderir à visão biomédica tradicional, enxergando a loucura como um transtorno que precisa ser diagnosticado e tratado

cl clinicamente. No entanto, ao entrar em contato com professores que defendem a Reforma Psiquiátrica e os movimentos antimanicomiais, sua percepção começa a se modificar. Esse novo contexto (Alter) apresenta outras formas de compreender a loucura, como uma construção social influenciada por relações de poder e estigma.

Dessa forma, a relação entre Ego e Objeto não se dá de maneira direta, mas passa por um campo de RS compartilhadas pelo Alter. O estudante, ao longo do tempo, pode reformular suas ideias, integrando diferentes perspectivas sobre a loucura, como as noções de cuidado em liberdade e a crítica à institucionalização. Esse processo evidencia como o modelo Ego-Alter-Objeto não apenas descreve, mas também explica a transformação das RS ao longo do tempo, sempre em um jogo de influência mútua entre o indivíduo, o fenômeno estudado e o contexto coletivo.

Ivana Marková (2003; 2006; 2017) amplia significativamente esse modelo ao introduzir a perspectiva dialógica, ressaltando a complexidade e dinamismo do Alter. Para Marková (2017), o Alter não deve ser considerado uma entidade estática ou uniforme, mas sim um espaço dinâmico onde múltiplos "outros" coexistem, dialogam e entram em conflito. Essa multiplicidade dialógica implica que as RS são continuamente negociadas e reconstruídas, refletindo interações complexas entre diferentes grupos sociais e discursos vigentes em cada contexto histórico e cultural.

No caso das RS da loucura, isso fica evidente na coexistência de diferentes sistemas interpretativos. Enquanto a ciência médica pode ancorar suas interpretações na perspectiva biomédica, diferentes segmentos sociais mobilizam crenças culturais, religiosas, filosóficas e históricas para compreender o fenômeno. O Ego, nesse cenário dialógico, internaliza e confronta essas múltiplas vozes, o que resulta na polifasia cognitiva — capacidade de sustentar simultaneamente diferentes formas de conhecimento e crenças (Foucault, 1978).

Ademais, Marková (2017) amplia a compreensão ao enfatizar que o diálogo não ocorre apenas externamente, entre indivíduos ou grupos, mas também internamente, através do que denomina de "Alter interno". Nesse processo, o indivíduo revisa suas próprias crenças ao internalizar vozes divergentes e perspectivas alternativas, resultando em uma constante reconstrução do conhecimento social. Esse movimento interno reforça a ideia de que as RS são dinâmicas e abertas, permitindo que o indivíduo participe ativamente na produção e transformação das mesmas.

Enquanto o modelo proposto por Moscovici e ampliado por Marková enfatiza a influência do Alter como mediador das representações, também é crucial observar como as diferentes perspectivas — baseadas em crenças ou conhecimento — moldam essas representações de maneiras distintas. A seguir, será explorado como essa interação entre crenças e conhecimento resulta em RS híbridas, que refletem a complexidade das percepções sociais sobre a loucura.

#### **4 Representações Sociais Baseadas em Crenças ou Conhecimento**

As RS baseadas em crenças caracterizam-se pela resistência e rigidez, uma vez que são fortemente defendidas pelos indivíduos e grupos, sendo, portanto, difíceis de transformar. Essas representações são permeadas pela afetividade, ou seja, emoções e sentimentos desempenham um papel central em sua formação e manutenção. Além disso, destacam-se pela reciprocidade de perspectivas, já que padrões culturais compartilhados favorecem experiências semelhantes entre indivíduos de uma mesma cultura. Nelas, prevalece a relação entre o Alter e o Objeto: os grupos sociais definem coletivamente como um objeto será percebido, sendo essa construção social mais relevante que as características intrínsecas do próprio objeto (Moscovici, 2000; Palmonari & Cerrato, 2014).

Por outro lado, as RS baseadas no conhecimento privilegiam a relação direta entre o indivíduo (Ego) e o objeto representado, destacando-se a análise mais independente sobre sua natureza e propriedades. Aqui, o sujeito explora o objeto de maneira relativamente autônoma, reduzindo (mas não eliminando) a influência das crenças coletivas. Essas representações são mais flexíveis e abertas à mudança, já que são construídas pela interação contínua do sujeito com o objeto, sendo influenciadas diretamente pelas evidências e pelo conhecimento disponível (Moscovici, 2000; Palmonari & Cerrato, 2014).

No entanto, na prática cotidiana, raramente encontramos RS puramente baseadas em crenças ou exclusivamente fundamentadas no conhecimento. Se um sistema de pensamento completamente baseado no conhecimento é característico da ciência, e outro integralmente apoiado nas crenças é típico da religião, as RS são, na realidade, híbridas. Elas envolvem tanto elementos de crenças quanto de conhecimento, variando apenas na proporção em que cada um desses elementos se manifesta. Essa diversidade é típica da dinâmica das RS, que expressam a complexidade do pensamento social em suas múltiplas interações entre crença e conhecimento (Moscovici, 2000; Palmonari & Cerrato, 2014).

Dessa forma, a interação entre crenças e conhecimento não apenas caracteriza as RS, mas também se insere em uma estrutura mais ampla de produção de saberes. Para compreender como esses diferentes sistemas de conhecimento operam e coexistem na construção da realidade social, é necessário examinar os universos de pensamento que sustentam as RS e a dinâmica da polifasia cognitiva.

## **6 Universos de Conhecimento e Polifasia Cognitiva**

Nas sociedades modernas, onde as ciências desempenham um papel proeminente, as RS incorporam tanto conhecimentos científicos quanto outras formas de saber, além do senso comum. Nesse contexto, identificam-se duas categorias distintas de universos de pensamento

que operam na percepção e construção da realidade social: o universo reificado e o universo consensual (Moscovici, 2007).

O Universo Reificado se refere às formas de conhecimento e práticas que delimitam aspectos formais da realidade, envolvendo verdades estabelecidas por instituições normativas, como instituições religiosas, legais e científicas. Esse universo cria hierarquias que determinam os detentores legítimos do conhecimento, aqueles considerados aptos a falar em nome dele. Quando alguém se expressa dentro do âmbito do universo reificado, age como um porta-voz do conhecimento institucional ao qual se submete (Moscovici, 2007).

O Universo Consensual diz respeito às formas de conhecimento e práticas que delimitam aspectos informais da realidade, baseados em conhecimentos construídos por indivíduos e grupos em suas interações e comunicações recorrentes. Essas formas de conhecimento geram RS com utilidades práticas. Nesse contexto, quem se expressa dentro do universo consensual age como um teórico de senso comum, compartilhando sua visão pessoal em nome dos grupos dos quais faz parte. Esse universo incorpora conhecimentos científicos, outros tipos de saber institucionalizado e informações adquiridas pela vivência pessoal, moldada por afiliações grupais e crenças históricas e culturais (Moscovici, 2007).

A atividade de representação é caracterizada pela natureza fragmentada e sincrética dos conhecimentos produzidos e pela coexistência, dentro do mesmo grupo ou indivíduo, de múltiplos e heterogêneos tipos de racionalidade. Nesse contexto, emerge a hipótese da polifasia cognitiva, proposta por Moscovici (1978) e aprofundada por Jovchelovitch (2004), que argumenta que "as formas de saber coexistem e podem ser contraditórias, mas isso não é um problema se abandonamos a lógica formal e sua dualidade ao concebê-las como opostas e abraçamos uma perspectiva dialética" (Jovchelovitch, 2004, p. 27).

Essa coexistência é moldada pelas interações entre o ser humano e seu ambiente, resultando em uma rede dinâmica de saberes interconectados. Nesse processo, o senso comum não é substituído pela ciência, mas transforma-se continuamente, incorporando elementos do conhecimento científico e institucional sem abandonar as crenças, valores e experiências subjetivas que caracterizam o universo consensual. Esse fenômeno dá origem ao *senso comum iluminado*, uma forma de conhecimento que não se restringe à tradição, mas dialoga ativamente com diferentes racionalidades. Assim, em uma esfera pública cada vez mais pluralista e diversificada, o senso comum se reinventa, articulando ciência e crenças para refletir a complexidade da sociedade contemporânea (Jovchelovitch, 2014; Arruda, 2014).

A coexistência de múltiplos sistemas de conhecimento no universo consensual e a dinâmica da polifasia cognitiva não apenas refletem a diversidade de formas de saber, mas também influenciam diretamente a maneira como as RS são estruturadas. Para compreender esse processo, vamos considerar as dimensões fundamentais que organizam e dinamizam as representações.

## **5 Dimensões fundamentais das Representações**

Moscovici introduziu três dimensões fundamentais na teoria, primeiramente propostas em 1961 e aprofundadas em seus trabalhos subsequentes até 1976: informação, campo de representação e atitude (Moscovici, 1961/1976; Lahlou, 2014; Nogueira & Di Grillo, 2020).

A informação se refere ao conjunto de dados e conhecimentos que os indivíduos acumulam sobre um determinado tópico. O acúmulo de informações molda as percepções e opiniões das pessoas. A qualidade e a quantidade dessas informações que uma pessoa possui influenciam diretamente sua compreensão e suas atitudes em relação ao objeto em questão (Lahlou, 2014; Nogueira & Di Grillo, 2020).

O campo de representação é um modelo ou imagem social que organiza informações de forma hierárquica e dinâmica, ajustando-se conforme novos elementos são incorporados. A interação entre diferentes percepções e conceitos dentro deste campo permite a criação de uma unidade coesa e inteligível. Assim, percepções individuais são conectadas a conceitos coletivos, transformando entendimentos pessoais em aceitações coletivas. O campo de representação atua como um filtro que organiza e hierarquiza informações, ajudando a formar uma visão comum e compartilhada sobre determinado tópico (Jesuino, 2014; Lahlou, 2014; Nogueira & Di Grillo, 2020).

A atitude diz respeito às opiniões, sentimentos e predisposições que as pessoas mantêm em relação a um tema específico. Moscovici destacou que, embora a atitude seja um componente das RS, ela não deve ser confundida com a RS em si. A atitude captura a disposição emocional e a postura crítica do indivíduo, mas não inclui todos os aspectos complexos das representações. As atitudes refletem como as pessoas se sentem e o que pensam sobre um assunto, influenciando suas ações e respostas, mas são apenas uma parte do quadro maior das RS (Lahlou, 2014; Nogueira & Di Grillo, 2020).

As três dimensões operam de forma interdependente na construção das RS: a informação fornece a base de conhecimento, o campo de representação organiza e estrutura esse conteúdo em um modelo inteligível, e a atitude expressa as disposições emocionais e críticas dos indivíduos em relação ao tema. No entanto, para que as representações se integrem ao cotidiano de forma acessível e inteligível, é fundamental um processo que traduza conceitos abstratos em formas concretas. É nesse contexto que a objetivação assume um papel central.

## **6 A Objetivação e seus processos**

A objetivação, conceito central na TRS, refere-se à transformação de ideias abstratas em imagens ou símbolos concretos, permitindo sua incorporação ao universo do senso comum.

Esse processo possibilita ao público geral uma visualização e compreensão mais prática e imediata de conceitos originalmente abstratos, facilitando sua integração ao conhecimento cotidiano (Moscovici, 1978; Trindade, Santos & Almeida, 2014).

Durante a objetivação, o sujeito realiza uma seleção e adaptação criteriosa das informações sobre determinado objeto, influenciado por normas culturais, sociais e pelas experiências compartilhadas pelo grupo. Nessa etapa inicial, o conceito é recontextualizado dentro do universo simbólico do grupo, destacando-se apenas aspectos específicos considerados relevantes, enquanto outros são descartados ou minimizados. A partir dessa seleção ocorre a formação inicial de um núcleo figurativo, ou seja, uma imagem concreta ou um símbolo que passa a representar o conceito de maneira simplificada, dispensando um detalhamento técnico aprofundado (Moscovici, 1978; Nogueira & Di Grillo, 2020).

Esse núcleo figurativo assume especial relevância ao permitir que ideias complexas sejam representadas por metáforas, analogias ou imagens carregadas de significado social, que sintetizam a essência do conceito. Esse processo é influenciado diretamente por percepções culturais, normas sociais e experiências compartilhadas pelo grupo.

Na última fase, de naturalização e categorização, a imagem ou símbolo desenvolvido durante a objetivação é incorporado ao cotidiano social, sendo assimilado como parte da realidade compartilhada. Esse momento marca a consolidação do núcleo figurativo, transformando o conceito abstrato inicial em algo familiar e facilmente reconhecível pelos indivíduos. A naturalização torna possível que o conceito influencie de maneira profunda e duradoura as práticas, atitudes e percepções sociais, integrando-se plenamente ao campo representacional dos grupos (Moscovici, 1978; Trindade, Santos & Almeida, 2014).

Assim, após compreender a objetivação como o processo pelo qual conceitos abstratos se tornam imagens concretas e naturalizadas no cotidiano, torna-se necessário explorar como a

ancoragem atua na assimilação dessas representações ao contexto social. Enquanto a objetivação torna visível e acessível o abstrato, a ancoragem garante que esse conteúdo simbólico ganhe sentido e relevância ao ser inserido em estruturas prévias de conhecimento e significação coletiva, como veremos a seguir.

## **7 A Ancoragem e seus tipos**

A ancoragem é um processo fundamental na TRS, definido como a integração de novos objetos em sistemas preexistentes de valores, crenças e significados compartilhados por indivíduos e grupos. Segundo Moscovici (2003), trata-se da atribuição de sentido a um objeto específico, conferindo-lhe significado dentro de estruturas já conhecidas. Nesse sentido, a ancoragem possibilita a assimilação do objeto em uma imagem comum, conferindo-lhe caráter simbólico, figurativo e significativo.

Com base nas contribuições de diversos autores que aprofundaram as nuances desse conceito, destacamos e descrevendo os tipos específicos de ancoragem a seguir (Doise, 1992; Moscovici, 2003; Buschini e Doise, 2008; Trindade, Santos & Almeida, 2014; Vidrio, 2019).

A ancoragem psicológica ocorre por meio dos valores, atitudes e opiniões pessoais, promovendo uma identificação direta do indivíduo com o objeto representado. Já a ancoragem emocional atua por meio dos afetos e emoções, tornando familiar o desconhecido ao relacioná-lo a experiências afetivas individuais ou coletivas. Essas formas de ancoragem permitem que o objeto se torne reconhecível, participando diretamente da construção e perpetuação das RS.

Por outro lado, a ancoragem sociológica remete à influência das estruturas sociais e da dinâmica do poder nas representações, enquanto a ancoragem psicossocial enfoca como as interações sociais e as dinâmicas grupais moldam e sustentam representações específicas. Já a ancoragem semântica envolve a associação direta entre o núcleo figurativo das RS e elementos

concretos da realidade social. Esse processo demonstra claramente como o abstrato se conecta ao tangível, integrando simbolicamente novas representações ao cotidiano dos indivíduos.

Esses diferentes tipos de ancoragem são interdependentes e mostram como as RS transitam entre níveis individuais e coletivos, emocionais e sociais, abstratos e concretos. Elas não apenas facilitam a internalização das representações, mas também moldam sua evolução e transformação ao longo do tempo.

Além de entender os mecanismos específicos da ancoragem, é preciso analisar suas funções na prática social, tais como a regulação social, atribuição de sentido, orientação das condutas e comunicação. A regulação social ocorre pela conexão das novas representações às normas sociais, valores culturais e práticas institucionais, garantindo sua integração na vida cotidiana e sua transformação ao longo do tempo. A atribuição de sentido, por sua vez, implica conferir coerência e significado ao objeto representado, permitindo que ele seja interpretado dentro de uma estrutura já estabelecida de conhecimentos. Já o enraizamento das novas RS em sistemas prévios de pensamento facilita sua aceitação, tornando-as reconhecíveis enquanto modificam gradualmente esses sistemas anteriores (Jodelet, 1984, 1989, 1991; Moscovici, 2003; 1976).

Considerando que as ancoragens configuram pontes simbólicas entre objetos novos e estruturas sociais e cognitivas já estabelecidas, torna-se necessário compreender como os aspectos afetivos permeiam e modulam esses processos. Afinal, emoções e sentimentos não apenas influenciam o modo como indivíduos e grupos assimilam e atribuem significado aos objetos representados, mas também constituem forças dinâmicas essenciais que mobilizam a construção e transformação das RS.

## **8 A dimensão afetiva das Representações**

Para ser representado um objeto tem que ser afetivamente relevante para determinado grupo. Assim, a afetividade desempenha um papel fundamental na construção, percepção e manutenção das Representações, formando uma estrutura sociocognitivo-afetiva coerente (Banchs, 1996; Campos & Rouquette, 2000; Aikins, 2012; Arruda, 2014; Vidrio, 2019). As emoções, nesse sentido, atuam como ingredientes essenciais, participando ativamente da dinâmica das RS desde sua emergência até sua estabilização no contexto social.

As emoções tornam-se elementos centrais na dinâmica das representações porque moldam diretamente como os indivíduos percebem e interpretam os objetos sociais. Para além de respostas individuais, emoções compartilhadas influenciam e alteram a percepção subjetiva dos eventos, contribuindo para a reformulação contínua das RS. Assim, compreender o papel da afetividade implica ir além das investigações tradicionais focadas exclusivamente nas atitudes, explorando também como a experiência emocional coletiva alimenta e reconfigura o conteúdo e a estrutura das RS.

Dessa maneira, analisar a dimensão afetiva nas RS permite uma compreensão mais profunda de sua organização interna e funcionamento dinâmico, além de evidenciar como essas representações orientam a cognição e a ação social dos sujeitos. Identificar e acompanhar os processos afetivos envolvidos na formação das RS constitui, portanto, um avanço significativo para superar as limitações impostas pela investigação exclusiva de atitudes (Banchs, 1996; Campos & Rouquette, 2000; Aikins, 2012; Arruda, 2014; Vidrio, 2019).

Ao longo deste capítulo, exploramos a construção e dinâmica das RS, desde suas bases teóricas e evolução histórica até suas múltiplas dimensões e processos formadores. A Teoria das RS, ao destacar a interseção entre cognição, cultura e comunicação, permite compreender como os indivíduos e grupos estruturam significados coletivos que orientam suas percepções e

práticas. Esse arcabouço conceitual revela a complexidade dos processos representacionais, demonstrando que as RS não apenas organizam e hierarquizam o conhecimento, mas também se materializam em formas concretas por meio da objetivação e ganham coerência no pensamento coletivo pela ancoragem. No entanto, para que essas representações sejam analisadas de forma aprofundada, é necessário considerar que elas não operam de maneira isolada, mas sim dentro de sistemas interligados e dinâmicos.

### **9 Sistemas de Representações Sociais<sup>32</sup> (SRS)**

A noção de SRS emerge da interação dinâmica entre dois componentes fundamentais da RS: o sistema e o metassistema. Segundo Moscovici (1978), o sistema compreende um conjunto de operações cognitivas básicas responsáveis por organizar, estruturar e inter-relacionar RS, permitindo sua ancoragem e objetivação no cotidiano. Essas representações, compartilhadas por membros de um mesmo grupo, giram em torno de objetos sociais específicos, adquirindo diferentes graus de centralidade conforme as necessidades coletivas. Dessa forma, o sistema contribui para a comunicação interna do grupo e promove uma compreensão compartilhada dos fenômenos sociais (Doise, 2014; Félix et al., 2016).

Complementarmente, o metassistema opera como uma instância reguladora e avaliativa das ações do sistema, assegurando coerência, consistência e adequação das representações

---

<sup>32</sup> O conceito de SRS ainda é pouco explorado, tanto nacional quanto internacionalmente, devido a diversos fatores. Primeiramente, há uma escassez de estudos que se dedicam exclusivamente ao tema, sendo que, na maioria das pesquisas, o termo aparece de forma secundária, sem aprofundamento teórico ou metodológico. Além disso, observa-se uma pluralidade de definições, com abordagens que variam desde a interconexão entre representações sociais até sua relação com sistemas de conhecimento, como o científico e o cultural. Com o avanço das pesquisas, houve uma tendência de análise mais detalhada dos elementos internos das representações sociais, focando em relações microestruturais, o que reduziu o interesse na abordagem sistêmica. Outro aspecto importante é a falta de discussão sobre os conceitos de sistema e metassistema propostos por Moscovici e Doise, que poderiam contribuir para uma compreensão mais ampla do SRS. A dificuldade de localização de estudos na literatura científica também limita sua disseminação, visto que os termos relacionados não são amplamente utilizados como palavras-chave em bases de dados. Além disso, enquanto a produção internacional, especialmente na revista *Papers on Social Representations*, apresenta maior número de publicações sobre o tema, a produção nacional ainda é restrita e fragmentada. No geral, o conceito de SRS carece de consolidação teórica e metodológica, evidenciando a necessidade de mais pesquisas que esclareçam suas definições, características e implicações dentro da TRS (Félix et al., 2016).

geradas. Ele supervisiona as dinâmicas cognitivas e normativas, modulando a estabilidade e a transformação das RS em resposta às demandas contextuais, às características dos objetos sociais e às interações entre os sujeitos (Jodelet, 2007; Marková, 2006; Staerklé & Doise, 2005). Essa interação entre sistema e metassistema resulta na estruturação dos SRS, cuja dinamicidade permite a integração de diferentes representações em um fluxo contínuo de interconexão e reconstrução.

Félix et al. (2016) identificam distintas abordagens na literatura sobre os SRS. A mais recorrente os define como sistemas complexos formados por múltiplas RS interligadas, articulando elementos comuns e específicos que influenciam-se mutuamente. Outra perspectiva os concebe como corpos organizados de conhecimentos, informações e crenças socialmente compartilhados, constituindo conjuntos coerentes de saberes que circulam em sistemas comunicacionais e referências simbólicas comuns. No entanto, há imprecisões conceituais na utilização do termo, evidenciando a necessidade de maior sistematização teórica e metodológica.

Com base nessas contribuições, definimos os SRS como estruturas integradoras e dinâmicas, capazes de incorporar novos elementos por meio de processos sociocognitivos e dialéticos. Essa natureza permeável permite que conhecimentos emergentes sejam assimilados às estruturas cognitivas preexistentes, garantindo tanto a preservação de representações consolidadas quanto sua reconfiguração diante das transformações históricas, culturais e sociais (Moura & Maciel, 2024).

Os SRS operam por meio de processos sociocognitivos fundamentais que equilibram continuidade e mudança. Algumas RS permanecem centrais devido à sua estabilidade, enquanto outras são reformuladas ou ressignificadas, refletindo a dinamicidade desses sistemas. Essa articulação permite compreender como inovações são absorvidas, como crenças

são legitimadas e como práticas sociais são sustentadas por meio das representações coletivas (Moura & Maciel, 2024).

O conceito de SRS também amplia a compreensão dos fenômenos sociais ao demonstrar que as representações não existem isoladamente, mas integram redes complexas de significados. Essas redes refletem práticas culturais, crenças coletivas e normas sociais que orientam comportamentos individuais e coletivos. O estudo dos SRS permite analisar como essas representações estruturam discursos, reforçam identidades sociais e influenciam dinâmicas intergrupais (Moura & Maciel, 2024).

A dimensão psicossocial dos SRS é especialmente relevante, pois revela como as representações se articulam em diferentes campos sociais, influenciando relações entre indivíduos, grupos e instituições. Nesse sentido, os SRS não apenas moldam percepções e condutas, mas também funcionam como ferramentas simbólicas que orientam, justificam e legitimam práticas sociais. Essa perspectiva possibilita aprofundar a análise dos processos subjacentes à construção e manutenção das representações contemporâneas (Moura & Maciel, 2024).

Embora os SRS sejam fundamentais para a compreensão das dinâmicas representacionais, a produção acadêmica sobre o tema permanece fragmentada e pouco consolidada, tanto no cenário nacional quanto internacional. Muitos estudos sobre RS tratam os SRS de forma secundária, sem aprofundamento teórico ou metodológico adequado, o que dificulta sua consolidação enquanto abordagem estruturada. Além disso, há divergências conceituais e enfoques distintos, variando entre a interconexão entre representações e sua relação com diferentes sistemas de conhecimento, como o científico e o cultural (Félix et al., 2016).

A predominância de análises microestruturais dentro das RS reduziu o interesse na abordagem sistêmica, limitando o avanço teórico dos SRS. Outro fator que contribui para essa lacuna é a ausência de um debate aprofundado sobre os conceitos de sistema e metassistema, propostos por Moscovici e Doise, que poderiam fortalecer a compreensão da dinâmica interna das representações. Diante desse panorama, a sistematização dos SRS se torna essencial para ampliar o entendimento sobre os mecanismos que sustentam a complexidade das RS e seu impacto na vida coletiva (Félix et al., 2016).

Diante do arcabouço teórico e conceitual da TRS, exploramos sua evolução histórica, suas dimensões fundamentais e os processos de objetivação e ancoragem que estruturam a construção e circulação dos significados compartilhados pelos grupos sociais. Além disso, analisamos como crenças e conhecimento coexistem no pensamento social, a influência das emoções na construção das RS e a importância dos SRS na interconexão e manutenção dessas estruturas simbólicas.

Para ampliar ainda mais nosso entendimento da teoria, apresentamos a seguir suas principais abordagens (processual, estrutural e societal) que fornecem ferramentas analíticas complementares para investigar a construção, organização e impacto das RS nos diversos contextos socioculturais.

## **10 Abordagens da TRS**

### **10.1 Abordagem Processual<sup>33</sup>**

Desenvolvida principalmente por Denise Jodelet, com base nas ideias originais de Serge Moscovici, propõe uma abordagem metodológica inovadora para compreender as RS, concebendo-as como processos dinâmicos por meio dos quais os indivíduos constroem e

---

<sup>33</sup> Também conhecida como abordagem dinâmica ou sociogenética; em alguns contextos é chamada de abordagem culturalista, devido ao enfoque nos aspectos culturais e históricos das representações.

interpretam a realidade, articulando história pessoal, fatores sociais e culturais (Jodelet, 2002). Essa perspectiva amplia a compreensão das interações e das representações formadas a partir delas. Jodelet foi responsável por manter e aprofundar a proposta inicial de Moscovici nas décadas seguintes.

As RS, enquanto formas de conhecimento do senso comum, emergem da interação social e variam conforme o contexto cultural. Para Jodelet (2009), sua constituição ocorre em três esferas de pertencimento: subjetiva, intersubjetiva e transubjetiva. A esfera subjetiva corresponde às representações elaboradas individualmente, influenciadas por experiências pessoais, crenças e valores, além de fatores familiares e educacionais. A esfera intersubjetiva refere-se às representações construídas coletivamente no processo de interação social, sendo continuamente negociadas e reformuladas por meio do diálogo e da convivência. Já a esfera transubjetiva abrange as representações institucionalizadas no tecido cultural e societal mais amplo, sustentadas por normas, tradições e discursos midiáticos que moldam e são moldados por estruturas sociais, políticas e culturais.

No estudo das RS, Jodelet (2001, 2005a; 2005b) destaca a necessidade de analisar os discursos dos grupos que as produzem, os comportamentos e práticas que as expressam, bem como documentos e registros que contribuem para sua institucionalização, com atenção especial à influência dos meios de comunicação. A autora também trouxe contribuições teóricas fundamentais para a compreensão dos processos de objetivação e ancoragem (Jodelet, 1990). Para ela a objetivação diz respeito à formalização do conhecimento, estruturando esquemas conceituais que organizam e tornam a comunicação inteligível; e a ancoragem refere-se à assimilação desse conhecimento ao pensamento preexistente, promovendo sua integração e transformação dentro das referências cognitivas e culturais do sujeito.

Outro ponto essencial é a vitalidade, transversalidade e complexidade das RS (Jodelet, 2002). A transversalidade evidencia o diálogo entre a abordagem psicossociológica e diferentes campos do saber. Já a complexidade refere-se à interação entre o funcionamento psíquico individual e o sistema social, revelando como ambos se influenciam mutuamente na construção das representações (Bertoni & Galinkin, 2017). Para a autora, ao investigar as RS, é fundamental responder a duas questões centrais: como o social interfere na construção psicológica das representações e como essa construção interfere no social (Jodelet, 1990). Considerar a representação enquanto produto implica analisar seu conteúdo e sentido, compreendendo como informações, crenças, imagens e valores são organizados. Enquanto processo, envolve a relação entre sua estrutura e as condições sociais e práticas que impulsionam sua formação.

Por fim, esta abordagem das RS reconhece sua dinamicidade, pois as representações evoluem diante de novas informações, experiências e mudanças sociais. Jodelet (2005a; 2005b) enfatiza que essa plasticidade é essencial para sua adaptação a novas realidades, garantindo sua relevância em contextos sociais em transformação, como ocorre em crises de saúde pública.

## **10.2 Abordagem Estrutural<sup>34</sup>**

A abordagem estrutural das RS, desenvolvida por Jean-Claude Abric, aprofunda-se na organização interna das representações, enfatizando sua estrutura como um sistema organizado. Abric (1987, 1994) foi responsável por definir funções específicas para as RS e formular a Teoria do Núcleo Central, a qual propõe que as representações se organizam em torno de um núcleo central, cercado por um sistema periférico. Essa proposição complementa a teoria de Moscovici (1978), sem substituí-la, mas oferecendo um enfoque mais específico e heurístico

---

<sup>34</sup> Pode também ser referida como a Teoria do Núcleo Central das RS. Muitas vezes aparece associada à chamada “*Escola do Midi*”, denominação dada ao grupo de *Aix-en-Provence* no sul da França liderado por Abric.

(Sá, 1996). Sua ampla aceitação no meio acadêmico é sustentada por diversas evidências empíricas (Abric, 2003).

As RS cumprem funções essenciais nas interações humanas, estruturando o modo como os indivíduos compreendem e interagem com a realidade (Abric, 2001; Bertoni & Galinkin, 2017; Wolter, 2018). A Função de Conhecimento permite a interpretação do mundo, fornecendo conhecimentos acessíveis e práticos que orientam o indivíduo conforme seu funcionamento cognitivo e valores.

A Função Identitária contribui para a definição da identidade individual e coletiva, situando os sujeitos no contexto social e reforçando a especificidade dos grupos. A Função de Orientação direciona comportamentos e práticas sociais, estabelecendo parâmetros sobre o que é aceitável ou não em diferentes contextos. E a Função Justificadora legitima posições e comportamentos, muitas vezes reforçando estereótipos e divisões sociais ao justificar desigualdades e hierarquias (Abric, 2001; Bertoni & Galinkin, 2017; Wolter, 2018).

Essas funções são resultado da estrutura da RS, onde o núcleo central desempenha um papel determinante. Ele é composto por elementos estáveis, socialmente compartilhados, e ligados à memória coletiva do grupo. Sua função é dar significado e coerência à representação, sendo resistente a mudanças. Abric descreve três funções essenciais do núcleo central: a função geradora, que define e transforma o significado dos elementos da representação; a função organizadora, que estabelece conexões entre os componentes da RS, garantindo sua coerência; e a função estabilizadora, que reserva a continuidade e resistência da representação frente a mudanças sociais (Abric, 1993, 1994, 1996, 1998, 2001).

Ao redor do núcleo central encontra-se o sistema periférico, composto por elementos mais flexíveis, sensíveis ao contexto e responsáveis por adaptar a RS às realidades cotidianas. Os elementos periféricos cumprem três funções fundamentais: concretização, tornando os

elementos da representação mais tangíveis e acessíveis; regulação, permitindo ajustes e adaptações frente a novas circunstâncias; e defesa, que protege o núcleo central contra contradições e transformações abruptas (Abric, 1993, 1994, 1996, 1998, 2001).

A Teoria do Núcleo Central desempenha um papel essencial no estudo das RS, equilibrando estabilidade e flexibilidade. A distinção entre núcleo central e elementos periféricos possibilita uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociais, evidenciando como as representações se mantêm ao longo do tempo e como se transformam diante de novos contextos e práticas sociais.

Além disso, ao oferecer um modelo estrutural robusto, essa teoria complementa a abordagem de Moscovici, ampliando as possibilidades analíticas no campo das RS (Sá, 1996; Wolter, 2018). Assim, a compreensão das RS torna-se mais refinada, permitindo a investigação de suas funções, estrutura e impactos nas relações sociais.

### **10.3 Abordagem Societal<sup>35</sup>**

A abordagem societal, desenvolvida por Willem Doise, destaca a influência das interações sociais e das posições dos indivíduos dentro dos grupos e da sociedade na construção das RS. Essa perspectiva enfatiza a dinâmica intergrupar e a forma como as interações coletivas moldam e transformam as representações. Segundo Doise (2002), a TRS transcende a dicotomia entre explicações psicológicas e sociológicas ao situar seu objeto de estudo na intersecção entre o indivíduo e o coletivo. As RS são compreendidas como produtos de processos interativos que integram dimensões tanto individuais quanto coletivas. Doise propõe que as RS funcionam como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos e, para compreender sua formação e transformação, estabelece quatro níveis de

---

<sup>35</sup> Também denominada abordagem sociológica ou sociodinâmica, por focar nas relações sociais e dinâmicas grupais. Nos meios acadêmicos, é associada à “*Escola de Genebra*”, que enfatiza a relação entre as representações e as estruturas sociais, destacando como diferenças nas condições e posições sociais influenciam a formação e o conteúdo das representações.

análise: intrapessoal, interpessoal, intergrupar e societal. Cada um oferece uma perspectiva específica sobre os processos sociais e cognitivos envolvidos nas representações.

O nível intrapessoal foca na maneira como o indivíduo organiza internamente suas experiências e interações com o mundo. Aqui, analisa-se o processamento cognitivo das influências externas e a incorporação dessas vivências nos esquemas mentais individuais. Já o nível interpessoal examina as dinâmicas das interações em contextos específicos, nos quais os indivíduos são considerados intercambiáveis. Os princípios explicativos emergem dos sistemas de interação, que estruturam as relações sociais e as trocas simbólicas (Doise, 2002).

O nível intergrupar, por sua vez, analisa a forma como a posição social e o status dos indivíduos influenciam suas representações e comportamentos. As relações intergrupais determinam padrões de diferenciação e pertencimento, refletindo os valores e as normas compartilhadas dentro de cada grupo. Doise enfatiza que essas dinâmicas intergrupais modulam processos cognitivos e comportamentais. Por fim, o nível societal considera os sistemas ideológicos, crenças, valores e normas que estruturam a sociedade e conferem significado às ações individuais e coletivas. Essas produções culturais não apenas orientam os comportamentos, mas também sustentam diferenciações sociais e legitimam hierarquias baseadas em princípios normativos amplos (Doise, 2002).

A abordagem societal fundamenta-se em três hipóteses centrais que orientam a análise das RS. A primeira hipótese sugere que as RS emergem das trocas comunicativas, sendo moldadas por linguagem, referências comuns e experiências coletivas. O estudo das RS nessa perspectiva busca identificar os elementos compartilhados dentro de uma população e sua organização estrutural (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994; Doise, 2002).

A segunda hipótese postula que, embora as RS sejam coletivamente construídas, há variações individuais relacionadas às diferentes posições sociais e experiências. A TRS deve

explicar como e por que os indivíduos diferem na forma de se relacionar com essas representações, evidenciando os princípios que organizam tais variações. Por fim, a terceira hipótese destaca que as representações não são estáticas, mas se articulam com múltiplas realidades sociais. Diferentes hierarquias de valores, percepções intergrupais e experiências compartilhadas influenciam a maneira como os indivíduos se posicionam em relação às RS. Esse processo demonstra que as diferenças individuais não são isoladas, mas ancoradas em contextos sociais mais amplos (Doise, 2002).

A abordagem societal de Doise amplia a compreensão das RS ao articular níveis de análise que vão do individual ao coletivo, permitindo uma visão integrada e dinâmica do pensamento social. Seu modelo evidencia como as RS são simultaneamente moldadas por interações diretas, contextos grupais e sistemas ideológicos mais amplos, fornecendo um arcabouço robusto para o estudo das relações sociais e das construções simbólicas na sociedade.

## **11 Considerações Parciais**

No estudo das RS da loucura, utilizaremos essa teoria de maneira integrada, contemplando diversos elementos e abordagens. A TRS permite analisar como os diferentes sistemas de conhecimento (científico, popular, religioso, filosófico e cultural) se entrelaçam na formação das RS da loucura. Nesse processo, o conhecimento sobre a loucura é apropriado pelo senso comum, transformando-se em representações que influenciam valores, crenças e comportamentos sociais. Essa perspectiva evidencia a dinamicidade das RS e sua inserção em contextos históricos, culturais e linguísticos diversos, destacando-se a mediação simbólica e comunicativa dessas representações na forma como a sociedade concebe e trata a loucura.

Para compreender essa dinâmica, adotamos a tripla dimensão da Psicologia Social: Ego, Alter e Objeto. No contexto das RS da loucura, o Ego representa o sujeito que interpreta a

loucura; o Alter refere-se ao conjunto de influências sociais que moldam essa percepção, como um campo dinâmico e polifônico, onde diferentes discursos sobre a loucura coexistem, se confrontam e se transformam; e o Objeto é a própria loucura, tal como representada socialmente. A interação dialética entre esses elementos determina as configurações das RS e sua permanência ou transformação ao longo do tempo.

As RS da loucura são moduladas por crenças e conhecimento, oscilando entre a estabilidade e a mudança. Quando baseadas em crenças, as representações tendem à rigidez e à resistência à mudança, sendo ancoradas em valores culturais e afetivos. Por outro lado, quando ancoradas no conhecimento, demonstram maior flexibilidade e capacidade de adaptação às transformações sociais e avanços científicos. No entanto, as RS são, em sua maioria, híbridas, combinando elementos de crenças e conhecimento em proporções variáveis.

O processo de objetivação é fundamental para entender como conceitos abstratos sobre a loucura são traduzidos em imagens e símbolos concretos no imaginário social. A objetivação ocorre em três etapas: seleção e contextualização de informações, formação de um núcleo figurativo e naturalização do conceito. No caso da loucura, esse processo resulta na associação a imagens como o manicômio, o paciente psiquiátrico, a camisa de força, a figura do gênio ou do perigoso, consolidando estereótipos que influenciam o tratamento social do fenômeno.

A ancoragem, por sua vez, permite que esses símbolos ganhem significado dentro de estruturas preexistentes de conhecimento. No estudo das RS da loucura, utilizamos diferentes tipos de ancoragem: psicológica (associação à identidade pessoal), emocional (influência dos afetos e sentimentos sobre a loucura), sociológica (relações de poder e normas sociais que delimitam as representações), psicossocial (influência da dinâmica grupal) e semântica (associação com outros conceitos e categorias sociais). A interação entre esses tipos de ancoragem molda como a sociedade interpreta a loucura e determina suas respostas ao

fenômeno. Outro aspecto fundamental é a dimensão afetiva das RS, que evidencia como as emoções são parte constitutiva das representações da loucura, influenciando o modo como a sociedade se relaciona com as pessoas consideradas loucas.

No nível macroestrutural, analisamos as RS da loucura como parte dos SRS, que articulam diversas representações em um conjunto organizado e interligado. O conceito de SRS permite compreender como diferentes representações coexistem, influenciam-se mutuamente e se articulam para produzir uma compreensão coletiva da loucura. Os SRS são dinâmicos e mutáveis, incorporando novos elementos à medida que a sociedade transforma suas percepções sobre o fenômeno.

Para analisar essas dinâmicas, utilizamos as três grandes abordagens da TRS: a processual, a estrutural e a societal. A abordagem processual, de Jodelet, enfatiza o caráter dinâmico e comunicacional das RS, revelando como a loucura é socialmente negociada e reinterpretada em diferentes contextos. A abordagem estrutural, de Abric, permite identificar o núcleo central das RS da loucura e sua relação com os elementos periféricos, destacando as funções de conhecimento, identidade, orientação e justificação que essas representações exercem. Por fim, a abordagem societal, de Doise, explora como as RS da loucura são moduladas por dinâmicas intergrupais e estruturas sociais, evidenciando a influência das posições sociais na formação das representações.

Portanto, a TRS fornece um arcabouço essencial para a compreensão da construção simbólica do conhecimento, destacando a forma como os indivíduos e grupos elaboram significados coletivos. No capítulo seguinte, essa discussão se amplia para explorar como múltiplos sistemas explicativos coexistem e interagem na construção das RS da loucura, revelando disputas simbólicas, lacunas teóricas e desafios para a formulação de modelos explicativos integradores.

# **CAPÍTULO 4:**

## **Sistemas de Representações Sociais, Polifasia Cognitiva e Modelos Explicativos da Loucura: Uma Revisão de Escopo**

A obra "Red Suit", de Melissa Fish, integra a exposição "The Art of Recovery" (2022), na qual a pintura é usada como meio de expressão e recuperação emocional.



## ***CAPÍTULO 4: Sistemas de Representações Sociais, Polifasia Cognitiva e Modelos Explicativos da Loucura: Uma Revisão de Escopo***

---

### **1 Introdução**

A TRS, formulada por Serge Moscovici na década de 1960, consolidou-se como um dos principais referenciais para compreender os processos psicossociais de construção e disseminação do conhecimento socialmente compartilhado (Moscovici, 1978). As RS funcionam como sistemas simbólicos que estruturam a realidade coletiva, permitindo que indivíduos e grupos atribuam significados a fenômenos complexos a partir de referenciais culturais e históricos (Jodelet, 2002). No caso da loucura, essas representações emergem da interseção entre saberes científicos, crenças populares e discursos institucionais, compondo um campo de disputas simbólicas sobre sua definição e gestão social (Moura & Maciel, 2024).

Um conceito central na TRS é a polifasia cognitiva, que descreve a coexistência e articulação de distintos sistemas de conhecimento, muitas vezes contraditórios, no pensamento social (Moscovici, 2000; Marková, 2017). Esse fenômeno possibilita a circulação simultânea de diversas interpretações da loucura no imaginário coletivo, combinando elementos biomédicos, psicológicos, espirituais, socioculturais e filosóficos em uma rede dinâmica de significados (Jodelet, 2014; Moura & Maciel, 2024). Assim, a polifasia cognitiva evidencia a flexibilidade das RS, permitindo que diferentes discursos sejam apropriados e ressignificados conforme os contextos históricos e sociais.

A emergência dos SRS amplia esta análise ao destacar a forma como múltiplas representações interagem e se organizam dentro de campos específicos do conhecimento (Félix et al., 2016). No estudo das RS da loucura, ainda há lacunas teóricas tanto na articulação entre esses dois conceitos (polifasia cognitiva e SRS) quanto na formulação de modelos integrativos que contemplem a interdependência entre crenças, saberes científicos e normas institucionais

(Moura & Maciel, 2024). Apesar do reconhecimento da polifasia como um fator determinante na construção das RS da loucura, sua operacionalização em modelos empíricos e sua relação com os SRS permanecem pouco exploradas (Félix et al., 2016; Moura & Maciel, 2024).

Ademais, grande parte dos estudos sobre as RS da loucura tende a focar em dimensões isoladas, como a biomédica ou a psicológica, sem considerar a interação dinâmica entre diferentes sistemas representacionais ao longo do tempo (Wachelke, 2005; Moura & Maciel, 2024). Dessa forma, torna-se essencial avançar na investigação sobre como os SRS e a polifasia cognitiva podem contribuir para uma compreensão mais integrada e multidimensional da loucura, bem como mapear as lacunas teóricas ainda presentes nesse campo.

## 2 Objetivos

Este estudo tem como objetivo principal investigar por meio de uma revisão de escopo<sup>36</sup> a utilização dos conceitos de SRS e polifasia cognitiva, bem como a proposição de modelos integrativos/explicativos nos estudos em RS da loucura. Para tanto, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar a aplicação direta de SRS e polifasia nos estudos analisados; identificar propostas explicativas ou modelos integradores das RS da Loucura no âmbito da TRS; mapear tendências e lacunas na literatura sobre RS da loucura.

## 3 Método

A revisão de escopo realizada neste estudo seguiu as diretrizes metodológicas propostas pelo Instituto Joanna Briggs (Aromataris & Munn, 2020) e pelo checklist “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*” - PRISMA-ScR (Page et al., 2020; Tricco et al., 2018).

---

<sup>36</sup> A revisão de escopo foi escolhida por seu caráter exploratório, adequado para mapear a literatura sobre SRS e polifasia cognitiva na loucura. Diferente da revisão sistemática, que responde a uma questão específica com critérios rigorosos de inclusão/exclusão, a revisão de escopo permite identificar conceitos, tendências e lacunas teóricas em um campo fragmentado. Assim, justifica-se sua aplicação para analisar como esses conceitos têm sido utilizados, sem restringir a investigação a uma abordagem predefinida.

### 3.1 Estratégia de busca

Esta revisão busca responder à seguinte pergunta: como os conceitos de SRS e polifasia cognitiva têm sido utilizados nos estudos sobre RS da loucura, e de que modo são propostas abordagens explicativas ou modelos integradores nesse campo?

Para isso, adotamos os critérios *População, Conceito e Contexto*. A população de interesse incluiu estudos que investigam RS da loucura. O conceito abrange pesquisas baseadas na TRS de Moscovici. O contexto não apresentou limitações quanto à data, idioma, população ou metodologia, abrangendo artigos científicos, monografias, dissertações e teses. Com base nessa estratégia, foi elaborada a seguinte *string*<sup>37</sup> de busca: ("*Representações Sociais*" OR "*Social Representations*" OR "*Representaciones Sociales*" OR "*Representação Social*" OR "*Social Representation*" OR "*Representación Social*") AND ("*Loucura*" OR "*Madness*" OR "*Locura*" OR "*Louco*" OR "*Mad*" OR "*Crazy*" OR "*Loco*" OR "*Doença Mental*" OR "*Mental Illness*" OR "*Enfermedad Mental*" OR "*Doente Mental*" OR "*Mentally Ill*" OR "*Person with Mental Illness*" OR "*Enfermo Mental*" OR "*Persona con Enfermedad Mental*" OR "*Esquizofrenia*" OR "*Schizophrenia*" OR "*Esquizofrenia*" OR "*Esquizofrênico*" OR "*Schizophrenic*" OR "*Person with Schizophrenia*" OR "*Esquizofrênico*" OR "*Persona con Esquizofrenia*" OR "*Psicose*" OR "*Psychosis*" OR "*Psicosis*" OR "*Psicótico*" OR "*Psychotic*" OR "*Person with Psychosis*" OR "*Psicótico*" OR "*Persona con Psicosis*").

### 3.3 Critérios de Elegibilidade

Definimos previamente os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos estudos que abordassem a TRS aplicada à loucura, sem limitação de delineamento. Foram considerados artigos científicos, monografias, dissertações e teses. Foram excluídos capítulos de livros, livros, estudos que não investigassem o conceito de “loucura”.

---

<sup>37</sup> É a combinação estruturada de palavras-chave, operadores booleanos (AND, OR, NOT) e caracteres especiais que são utilizados para recuperar artigos relevantes em bases de dados acadêmicas.

### 3.3 Seleção dos Estudos

Os estudos foram extraídos das bases *Lilacs*, *Indexpsi*, *SciELO*, *Scopus*, *Web of Science*, *Taylor & Francis*, *CINAHL*, *SocINDEX*, *Medline* e *PsycINFO*. O acesso a todas as bases foi realizada a partir do Periódico CAPES. Buscando um rastreamento mais amplo, também foi realizado um levantamento na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Com a finalidade de realizar uma busca mais ampla, não foram utilizados filtros de recorte temporal.

Todos os metadados foram exportados para o software *Rayyan.ia* em 12/10/2025, onde foram removidos estudos duplicados e estabelecido um cegamento para avaliação independente dos artigos por dois juizes. Em casos de discordância, foram realizadas reuniões de alinhamento.

### 3.3 Extração e Síntese dos Dados

A extração e síntese dos dados nesta revisão de escopo seguiram uma abordagem sistemática para garantir a organização coerente das informações e a comparação entre os estudos selecionados. Os dados extraídos foram estruturados em categorias temáticas, permitindo a identificação de padrões, convergências e divergências nas RS da loucura em diferentes contextos. Inicialmente, cada artigo foi analisado segundo suas informações gerais, como o ano de publicação, o periódico e sua área de conhecimento, bem como a origem geográfica dos estudos.

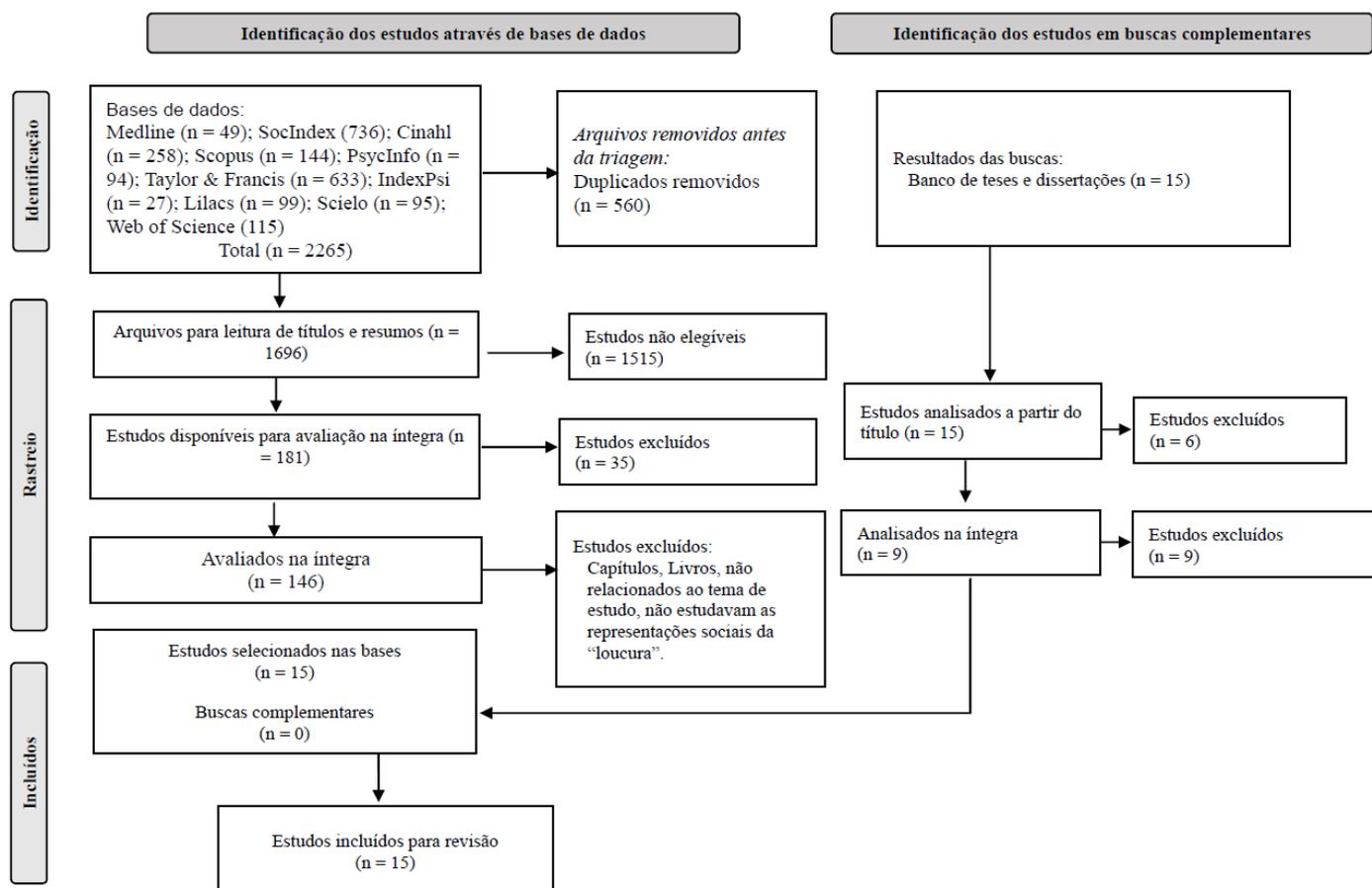
Foram extraídos também dados relativos ao objetivo de cada estudo, destacando suas intenções analíticas e temáticas centrais. A metodologia utilizada foi analisada, identificando-se o tipo de estudo (qualitativo, quantitativo ou misto), os métodos de análise empregados e os participantes envolvidos. A fundamentação teórica foi examinada com foco na utilização da TRS e da integração de seus conceitos.

Foram analisadas as construções das RS da loucura em diferentes contextos, considerando suas relações com processos históricos, institucionais e midiáticos. A presença direta do conceito de polifasia cognitiva e SRS nos estudos também foi analisada e os seus principais resultados foram organizados e comparados, destacando aspectos como a permanência do estigma, resistência à reforma psiquiátrica e transformações na percepção da loucura ao longo do tempo.

Por fim buscamos identificar modelos explicativos das RS da loucura, bem como articulações entre níveis individuais, coletivos e institucionais. Além disso, foram destacadas lacunas e recomendações para futuras pesquisas.

#### **4 Resultados e Discussões**

O processo de rastreamento e seleção (Figura 1) dos estudos seguiu três etapas: identificação, rastreamento e inclusão. Na fase de identificação, foram recuperados 2.265 estudos de diversas bases de dados, além de 15 registros provenientes de buscas em um banco de teses e dissertações. Após a remoção de 560 duplicatas, 1.696 estudos passaram para a triagem por título e resumo, resultando na exclusão de 1.515 registros. Restaram 181 estudos para leitura na íntegra, dos quais 35 foram excluídos por não atenderem aos critérios do estudo. Na análise final, 146 estudos foram avaliados, com exclusões por não abordarem diretamente o tema proposto. Ao final do processo, 15 estudos foram selecionados para revisão.



**Figura 1.** Fluxograma de rastreio dos estudos incluídos.

Após a finalização de todos os passos de rastreio e seleção, analisamos em profundidade os trabalhos incluídos na presente revisão. Na tabela 1, apresentamos uma visão geral destes estudos considerando o tema e os objetivos deste trabalho.

**Tabela 1** - Trabalhos incluídos na revisão de escopo e suas informações essenciais.

(Autor, ano)	Objeto de estudo	Método	Emprega Polifasia Cognitiva?	Emprega SRS?	Modelo Explicativo das RS?	Principais Achados
(Brito & Catrib, 2004) <i>Estudos de Psicologia (Natal)</i>	RS da loucura e adoecimento psíquico em indivíduos com transtornos do humor.	Entrevistas + AC	Não	Não	Não	A loucura é estigmatizada e associada a perda de controle, com explicações genéticas, socioeconômicas e espirituais.
(Costa et al., 2016) <i>Psicologia e Saber Social</i>	RS da Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização entre profissionais e usuários da RAPS.	TALP + software de análises textuais	Não	Não	Não	Usuários dos CAPS veem a reforma psiquiátrica positivamente, mas há dificuldades na reinserção social; profissionais oscilam

(Coudin, 2013) <i>Journal for the Theory of Social Behaviour</i>	Mudança das RS da loucura no Congo, impacto da modernidade sobre crenças tradicionais.	Entrevistas + ADoc + Estudo de caso	Sim	Não.	Sim.	entre apoio e visão biomédica. No Congo, a modernidade fragmentou crenças sobre loucura, gerando interpretações conflitantes entre psiquiatria e espiritualidade.
(Macêdo, 2001) <i>Universidade e Federal do Ceará</i>	RS da loucura entre familiares, impacto na reabilitação psicossocial.	Entrevistas + AC + Observação etnográfica	Não	Não	Não	Familiares veem a loucura entre os modelos biomédico e psicossocial, mas há resistência à inclusão plena.
(Maciel et al., 2011) <i>Temas em Psicologia</i>	RS da loucura, doença mental e hospital psiquiátrico entre familiares de pacientes.	Entrevistas + AD	Não	Não	Não	CAPS trazem visões mais positivas da loucura do que hospitais psiquiátricos, mas o estigma e o medo persistem.
(Narter, 2006) <i>Journal for the Theory of Social Behaviour</i>	Mudança das RS da loucura na Turquia, senso comum vs. conhecimento científico.	Revisão teórica + Análise histórica	Não	Não	Não	Na Turquia, o modelo biomédico substituiu explicações religiosas, mas crenças populares ainda coexistem.
(Ribeiro-Neto & Avellar, 2017) <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i>	RS da loucura e cuidado em residências terapêuticas, convivência com a comunidade.	Etnografia + Entrevistas + Observação participante	Não	Não	Não	A comunidade oscila entre aceitação e receio dos moradores de residências terapêuticas, associando cuidado a tratamento médico e afetivo.
(Rose, 1998) <i>Journal of Community &amp; Applied Social Psychology</i>	RS da loucura na TV britânica, impacto nas políticas de cuidados comunitários.	AC + Codificação de significados na TV	Sim	Não	Não	A TV britânica reforça a associação entre loucura e violência, dificultando a aceitação dos cuidados comunitários.
(Sanford, 2000) <i>Universidade e Estadual do Ceará</i>	RS da loucura entre líderes comunitários, percepções e reações ao sofrimento psíquico.	Entrevistas + AC	Não	Não	Não	Líderes comunitários oscilam entre concepções biomédicas, sociais e espirituais da loucura, com receio e desconhecimento.
(Santos & Eskinazi, 2022) <i>Paidéia (Ribeirão Preto)</i>	Ancoragem da loucura na imprensa brasileira, análise de notícias (1978-2018).	ADoc + AC	Não	Não	Não.	A imprensa brasileira separa loucos de normais, reforçando o estigma e tornando a loucura algo distante.
(Santos et al., 2021) <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i>	Transformação das RS da loucura na imprensa brasileira, impacto da	ADoc + software de análises textuais	Não	Não	Não	A mídia escrita oscila entre discursos biomédicos e ativistas, mas o viés biomédico ainda predomina.

(Serafim et al., 2017) <i>Psicologia, Saude e Doenças</i>	Reforma Psiquiátrica. RS da Reforma Psiquiátrica e doença mental entre estudantes de Psicologia, Medicina e Enfermagem.	TALP + software de análises textuais	Não	Não	Não	Psicologia adota o modelo psicossocial, enquanto Medicina e Enfermagem reproduzem o modelo asilar.
(Sousa, Maciel & Medeiros, 2018) <i>Trends in Psychology</i>	RS da loucura e doente mental nos paradigmas biomédico vs. psicossocial.	TALP + software de análises textuais + Comparação entre grupos	Não	Não	Não	Estudantes veem a loucura como distúrbio biomédico, enquanto profissionais de saúde mental enfatizam fatores sociais.
(Wachelke, 2005) <i>Estudos de Psicologia (Natal)</i>	Hipótese do "vácuo representacional" no conflito entre RS científicas e culturais da loucura.	Revisão teórica + Proposição do "vácuo representacional"	Não	Sim	Sim.	A representação da loucura é instável devido ao conflito entre ciência e cultura, gerando um "vácuo representacional".
(Wagner et al., 1999) <i>Culture &amp; Psychology</i>	Modernização das RS da loucura na Índia, coexistência de explicações tradicionais e biomédicas.	Entrevistas + Vignettes + Análise qualitativa	Sim	Sim	Sim.	Na Índia, explicações biomédicas e espirituais coexistem, ressignificando crenças tradicionais.

Tabela de autoria própria.

**Legenda:** AC – análise de conteúdo; AD – análise de discurso; ADoc – Análise documental; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; RAPS – Rede de Atenção Psicossocial; RS – representações sociais; SRS – sistemas de representações sociais; TALP – técnica de associação livre de palavras; TV – televisão.

A análise crítica dos 15 estudos selecionados abrange elementos essenciais da produção acadêmica sobre RS da loucura. Exploramos o ano de publicação, periódico, tipo de estudo, país de origem e área de conhecimento, além do objetivo, método, abordagem e participantes. Também verificamos a fundamentação teórica na TRS, as referências utilizadas, os conceitos empregados, a menção aos SRS e à polifasia cognitiva, bem como a presença de modelos explicativos, analisando se são integradores ou fragmentados.

#### 4.1 Ano de Publicação

A análise do ano de publicação revela a evolução das investigações sobre RS da loucura, refletindo mudanças nos paradigmas da saúde mental, na Reforma Psiquiátrica e nos debates

científicos. Para uma abordagem crítica e integrativa, agrupamos os estudos em quatro períodos históricos, tomando como base marcos internacionais na trajetória da psiquiatria e das representações da loucura (Foucault, 1978; Batista, 2014; Basaglia, 2005; Amarante, 2005; Costa et al., 2016; Jodelet, 1989; Moura & Maciel, 2024): (1) fim do século XX e início dos debates sobre desinstitucionalização (1998-2000), (2) primeira década do século XXI e a consolidação da Reforma Psiquiátrica (2001-2010), (3) segunda década do século XXI e a ampliação das pesquisas sobre desinstitucionalização e estigma (2011-2020), e (4) a contemporaneidade e os desafios da mídia na representação da loucura (2021-2022).

Quanto ao grupo 1, os estudos dessa fase refletem uma transição do modelo manicomial para a desinstitucionalização, embora ainda fortemente influenciados pelo paradigma biomédico (Rose, 1998; Wagner et al., 1999; Sanford, 2000). Quanto ao grupo 2, durante os anos 2000, a Reforma Psiquiátrica já estava mais consolidada em diversos países, o que se reflete nas discussões resultados dos trabalhos desse período (Macêdo, 2001; Brito & Catrib, 2004; Wachelke, 2005).

No grupo 3, há um crescimento significativo nas pesquisas sobre RS da loucura, com estudos mais diversificados e metodologicamente sofisticados (Maciel et al., 2011; Coudin, 2013; Costa et al., 2016; Ribeiro Neto & Avellar, 2017; Serafim et al., 2017; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018). Por fim, o grupo 4, nos anos mais recentes, demonstrou um interesse crescente em compreender como os meios de comunicação influenciam as representações da loucura (Santos, Danfá & Almeida, 2021; Santos & Eskinazi, 2022). Dessa forma, a evolução temporal das pesquisas reflete mudanças nas políticas de saúde mental e no imaginário coletivo sobre a loucura, demonstrando como as RS da loucura permanecem um campo dinâmico e multidimensional de estudo.

## 4.2 Meio de publicação dos trabalhos

Os estudos analisados foram publicados em periódicos internacionais de psicologia social e comportamento, revistas nacionais de psicologia e saúde mental, além de dissertações de mestrado. Essa diversidade indica a ampla abrangência do campo das RS da loucura, atravessando diferentes perspectivas disciplinares e contextos geográficos.

Os periódicos internacionais especializados na interface entre psicologia e cultura incluem *Journal of Community & Applied Social Psychology* (Rose, 1998), *Culture & Psychology* (Wagner et al., 1999), e *Journal for the Theory of Social Behaviour* (Narter, 2006; Coudin, 2013). Entre as revistas acadêmicas nacionais voltadas à psicologia, encontram-se trabalhos na *Temas em Psicologia* (Maciel et al., 2011; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018), *Estudos de Psicologia - Natal* (Brito & Catrib, 2004; Wachelke, 2005) *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (Ribeiro-Neto & Avellar, 2017), *Psicologia, Saúde e Doenças* (Serafim et al., 2017), *Psicologia: Ciência e Profissão* (Santos, Danfá & Almeida, 2021), *Psicologia e Saber Social* (Costa et al., 2016) e *Paidéia - Ribeirão Preto* (Santos & Eskinazi, 2022).

Por fim, dois trabalhos são dissertações de mestrado: *Convivendo com a Loucura: As RS dos Líderes Comunitários* (Sanford, 2000) e *Reabilitação Psicossocial e Sofrimento Psíquico do Indivíduo: Imagens e Significados Compartilhados pela Família* (Macêdo, 2001).

A diversidade dos meios de publicação amplia o debate sobre RS da loucura, abrangendo distintas perspectivas metodológicas e contextuais. O predomínio de estudos em revistas especializadas em psicologia e saúde mental reforça sua inserção no campo acadêmico brasileiro, enquanto os trabalhos internacionais oferecem uma visão comparativa e transcultural das representações da loucura.

### 4.3 País de origem

A maioria dos estudos sobre RS da loucura foi conduzida no Brasil (9 de 15), enquanto os demais abordam contextos internacionais, como Reino Unido (Rose, 1998), Índia (Wagner et al., 1999), Turquia (Narter, 2006) e República do Congo (Coudin, 2013), além de colaborações com pesquisadores europeus.

Isto pode ser entendido quanto à aceitação da TRS em diferentes contextos. A abordagem enfrentou desafios em sua difusão global, especialmente em países como os Estados Unidos, onde disputas com a Teoria da Cognição Social e barreiras linguísticas dificultaram sua assimilação. No entanto, na América Latina, a TRS encontrou um terreno fértil devido às especificidades socioculturais da região, expandindo-se especialmente no México, Argentina e Brasil (Moliner & Guimelli, 2015). Essa recepção favoreceu sua aplicação a diversas áreas do conhecimento, bem como sua expansão em produções acadêmicas.

Os estudos brasileiros sobre RS da loucura (Maciel et al., 2011; Costa et al., 2016; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017; Serafim et al., 2017; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Santos & Eskinazi, 2022; Brito & Catrib, 2004; Wachelke, 2005) demonstram uma ênfase na Reforma Psiquiátrica e nos desafios da desinstitucionalização, refletindo a evolução das políticas de saúde mental no Brasil. O Brasil se destaca pela articulação entre RS da loucura e as transformações no modelo de atenção psicossocial, sendo um dos maiores países do mundo a adotar uma política nacional de saúde e mental pautadas em modelos integrais e psicossociais.

Os estudos internacionais refletem uma diversidade de abordagens culturais na construção das RS da loucura, destacando a coexistência e a tensão entre explicações tradicionais e biomédicas em diferentes contextos. As pesquisas evidenciam como os meios de comunicação influenciam a manutenção do estigma (Rose, 1998), enquanto a polifasia

cognitiva permite a sobreposição de distintas formas de conhecimento (Wagner et al., 1999). Além disso, observa-se uma transição entre saberes tradicionais e o positivismo científico na compreensão da loucura (Narter, 2006), bem como a fragmentação de representações hegemônicas em cenários marcados por disputas epistemológicas (Coudin, 2013).

#### **4.4 Objetivos**

Quanto aos objetivos, os estudos investigam diferentes aspectos das RS da loucura, variando em seus enfoques teóricos e metodológicos. Os objetivos podem ser agrupados em quatro categorias principais: (1) investigações sobre a construção e transformação das RS da loucura em diferentes contextos sociais, culturais e históricos; (2) estudos focados na influência da mídia na produção e manutenção das RS da loucura; (3) pesquisas voltadas para a compreensão das RS da loucura entre grupos específicos, como familiares, profissionais de saúde e estudantes; e (4) trabalhos que propõem modelos teóricos ou hipóteses explicativas sobre a estrutura das RS da loucura.

No grupo 1, os estudos têm como objetivos investigar como as RS da loucura são construídas, transformadas e influenciadas por fatores socioculturais, históricos e institucionais. Pesquisas analisam a interação entre concepções tradicionais e modernas da loucura em diferentes contextos culturais, explorando as tensões entre crenças tradicionais e modelos biomédicos, bem como o impacto da modernização e do positivismo sobre o conhecimento cotidiano da loucura (Wagner et al., 1999; Coudin, 2013; Narter, 2006). Além disso, estudos voltados para o contexto brasileiro examinam os efeitos da reforma psiquiátrica nas RS da loucura entre usuários, profissionais da atenção psicossocial e estudantes universitários, destacando os desafios da desinstitucionalização e as disputas entre paradigmas biomédico e psicossocial (Costa et al., 2016; Serafim et al., 2017).

No grupo 2, os estudos têm como objetivo investigar como a mídia constrói e reproduz as RS da loucura, analisando a influência dos meios de comunicação na manutenção de estereótipos e no impacto sobre políticas públicas e percepções sociais. As pesquisas exploram a representação da loucura em diferentes formatos midiáticos, como televisão e imprensa escrita, evidenciando tensões entre discursos biomédicos e ativistas sociais, bem como estratégias de ancoragem que reforçam a exclusão e o estigma (Rose, 1998; Santos et al., 2021; Santos & Eskinazi, 2022).

No grupo 3, os estudos têm como objetivo compreender como diferentes grupos sociais representam a loucura, analisando as percepções e significados atribuídos à experiência do sofrimento psíquico e ao cuidado em distintos contextos. As pesquisas investigam as representações da loucura entre familiares de pacientes internados, comparando suas percepções em diferentes dispositivos de atenção à saúde mental (Maciel et al., 2011; Macêdo, 2001), bem como as construções subjetivas do adoecimento psíquico entre indivíduos em tratamento ambulatorial (Brito & Catrib, 2004).

Além disso, são analisadas as representações da loucura no contexto comunitário, incluindo a visão de líderes comunitários e moradores de residências terapêuticas sobre o cuidado e a convivência com pessoas em sofrimento mental (Sanford, 2000; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017). Por fim, há o estudo com estudantes e profissionais de saúde mental examinam a ancoragem das RS da loucura nos paradigmas biomédico e psicossocial (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018).

No grupo 4, com apenas um estudo, o objetivo foi propor elementos teórico-explicativos para a estrutura das RS da loucura. Este trabalho discute a instabilidade dessas representações, resultante do embate entre sistemas científicos e culturais, conforme a hipótese do "vácuo representacional" (Wachelke, 2005).

#### 4.5 Métodos dos trabalhos

Quanto aos métodos dos trabalhos, evidencia-se uma diversidade metodológica e de públicos-alvo, refletindo abordagens distintas e contextos variados de pesquisa. Os estudos se dividem em pesquisas empíricas com abordagem qualitativa, pesquisas empíricas com abordagem mista, estudos teórico-conceituais e pesquisas sobre mídias e RS.

No grupo de estudos qualitativos sobre as RS da loucura, predominam abordagens que empregam entrevistas em profundidade, observação participante e análise de narrativas para compreender diferentes perspectivas sobre o fenômeno. Essas pesquisas abarcam diversos grupos sociais, incluindo familiares de pessoas com transtornos mentais, profissionais e usuários dos serviços de saúde mental, líderes comunitários e a população geral em contextos culturais distintos (Maciel et al., 2011; Macêdo, 2001; Costa et al., 2016; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017; Sanford, 2000; Wagner et al., 1999; Coudin, 2013).

No grupo de pesquisas empíricas de abordagem mista, os estudos combinam métodos qualitativos e quantitativos para uma análise mais abrangente das RS da loucura. Essas investigações frequentemente utilizam técnicas como a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), Análise Fatorial de Correspondência e Classificação Hierárquica Descendente, sendo aplicadas a diferentes populações, incluindo universitários, estudantes do ensino médio, profissionais da saúde e usuários da atenção psicossocial (Serafim et al., 2017; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Costa et al., 2016). Essa abordagem possibilita a comparação entre distintos segmentos sociais, evidenciando como múltiplos discursos sobre a loucura coexistem e interagem, além de revelar padrões de estigmatização, percepções sobre cuidado e influências institucionais.

No grupo de pesquisas teórico-conceituais, os estudos analisam as RS da loucura sem a coleta de dados primários, baseando-se em revisões bibliográficas e dados de outros estudos

para suas discussões centrais. Esses trabalhos exploram as tensões entre representações científicas e culturais, bem como as transformações do conhecimento cotidiano sobre a loucura em diferentes contextos socioculturais. Entre as abordagens, destacam-se reflexões sobre o "*vácuo representacional*" e a influência do positivismo e da modernização na construção das representações (Wachelke, 2005; Narter, 2006).

No grupo de estudos sobre a representação da loucura na mídia, as pesquisas se concentram na análise documental de conteúdos jornalísticos, televisivos e impressos, examinando como a loucura é retratada e ancorada nesses meios (Rose, 1998; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Santos & Eskinazi, 2022). Portanto, a análise dos métodos revela um panorama diversificado das abordagens utilizadas na investigação das RS da loucura. Enquanto as pesquisas qualitativas enfatizam a profundidade da experiência subjetiva e cultural, os estudos mistos permitem comparações quantitativas entre diferentes grupos. Os trabalhos teóricos contribuem para o refinamento conceitual da TRS, e os estudos midiáticos demonstram a influência dos discursos veiculados na sociedade. Essa diversidade metodológica possibilita uma compreensão mais ampla e multifacetada do fenômeno da loucura dentro da TRS.

#### **4.6 Abordagens teóricas**

Quanto às abordagens teóricas, os trabalhos analisados fundamentam-se, em maior ou menor grau, na TRS, formulada por Serge Moscovici. Alguns estudos apresentam uma fundamentação teórica robusta na TRS, citando de forma estruturada autores clássicos como Moscovici e Jodelet (Maciel et al., 2011; Santos et al., 2021; Sousa et al., 2018; Serafim et al., 2017; Costa et al., 2016; Wagner et al., 1999). Outros estudos utilizam os conceitos de objetivação e ancoragem como ferramentas principais na compreensão das RS da loucura e incorporam outras abordagens derivadas da TRS, como a polifasia cognitiva (Wagner et al., 1999) e a hegemonia representacional (Coudin, 2013).

Os artigos de Wachelke (2005), Ribeiro Neto e Avellar (2017), Brito e Catrib (2004) e Macêdo (2001) utilizam a TRS para embasar discussões sobre temas como os diferentes sistemas das RS da loucura, estigma, percepções sociais da loucura e impactos na reabilitação psicossocial. Já Sanford (2000), Narter (2006), Coudin (2013) e Rose (1998) utilizam conceitos da TRS, mas suas discussões extrapolam essa abordagem, adotando enfoques diversos como teorias da comunicação social (Rose, 1998) e modernização cultural (Coudin, 2013; Wagner et al., 1999).

Os principais autores citados como referência teórica são Serge Moscovici, cuja formulação da TRS estruturou o campo das RS da loucura; Denise Jodelet, que aprofundou a discussão sobre a dimensão psicossocial da loucura e a apropriação social do saber psiquiátrico; e Michel Foucault, cuja análise histórica e discursiva da loucura revelou os mecanismos de exclusão e controle social.

Além desses, destacam-se Jean-Claude Abric, que contribuiu com a noção de núcleo central das representações; Benedetto Saraceno, cuja atuação na Reforma Psiquiátrica enfatizou os impactos das representações na política de saúde mental; Erving Goffman, que analisou o estigma e as interações sociais de indivíduos rotulados como loucos; e Franco Basaglia, cuja crítica ao modelo manicomial transformou o debate sobre a institucionalização da loucura.

Também são mencionados Bardin, pelas contribuições metodológicas na análise de conteúdo aplicada às RS; Jean-Claude Kalampalikis, que expandiu a abordagem moscoviciano para novas dimensões das representações; e Claudine Herzlich, que trouxe reflexões sobre a relação entre RS e saúde, incluindo a percepção da loucura no imaginário coletivo.

Quanto aos conceitos utilizados nos estudos, a seguir apresentamos os mais centrais. Primeiramente, destaca-se o conceito de RS que é o eixo central de todos os estudos, que

costuma ser definido como um sistema de interpretação da realidade social compartilhado por grupos, sendo amplamente discutido conforme a definição de Jodelet (2002). A objetivação é trabalhada como um processo central na construção de imagens da loucura, analisado em estudos que investigam o papel da imprensa e dos discursos familiares (Maciel et al., 2011; Santos et al., 2021; Sousa et al., 2018; Serafim et al., 2017).

A ancoragem é trabalhada como um mecanismo que vincula a loucura a noções culturais de desvio e periculosidade (Santos & Eskinazi, 2022; Coudin, 2013; Narter, 2006). O estigma e a exclusão social são trabalhados como consequências das representações estigmatizantes da loucura, impactando a marginalização dos doentes mentais (Maciel et al., 2011; Rose, 1998; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017; Costa et al., 2016). A Reforma Psiquiátrica e a Desinstitucionalização são trabalhadas como processos que tensionam a relação entre o modelo biomédico e o modelo psicossocial na assistência em saúde mental (Costa et al., 2016; Serafim et al., 2017; Sousa et al., 2018; Macêdo, 2001).

A tensão entre os paradigmas biomédico e psicossocial é trabalhada como um aspecto central na compreensão da predominância do modelo biomédico em diferentes grupos sociais (Sousa et al., 2018; Serafim et al., 2017; Maciel et al., 2011). O papel da mídia na perpetuação de estigmas sobre a loucura também é trabalhado como um fator relevante na formação das RS da loucura (Rose, 1998; Santos et al., 2021; Santos & Eskinazi, 2022).

#### **4.7 Modelos e proposições inovadoras**

Nesta seção, examinamos se os estudos apresentam modelos teóricos estruturados ou se introduzem inovações conceituais. Identificamos apenas quatro pesquisas que se destacam por buscar uma abordagem mais integrada, contribuindo para o desenvolvimento de modelos ou explicações com avanços teóricos.

O artigo de Wachelke (2005) propõe uma hipótese explicativa inovadora para a RS da loucura, denominada "*vácuo representacional*". A hipótese parte da constatação de que a loucura, enquanto objeto social, é caracterizada por insegurança, ambiguidade e forte alteridade, o que sugere uma falha estrutural na sua RS. O autor argumenta que esse fenômeno pode ser explicado pelo conflito entre dois sistemas representacionais: o sistema científico e o sistema cultural. Para o autor, as explicações sobre a loucura estavam ancoradas historicamente em representações culturais relativamente estáveis, como teorias demonológicas e concepções tradicionais. No entanto, com a ascensão do conhecimento científico, essas explicações foram progressivamente deslegitimadas, sem que, no entanto, as representações científicas oferecessem uma cobertura cognitiva completa para o fenômeno.

O autor então propõe que isso resulta em um problema de ancoragem, onde a loucura não pode ser plenamente integrada nem ao sistema cultural tradicional nem ao sistema científico emergente, gerando um espaço vazio na estrutura representacional—o vácuo representacional. Esse vácuo impede a familiarização da loucura como objeto social, contribuindo para sua persistente percepção como estranha e distante. Wachelke (2005) sugere que esse vácuo representacional pode ser mitigado na medida em que a ciência desenvolva explicações mais compreensivas e acessíveis, diminuindo a distância entre loucura e normalidade. Assim, a hipótese do vácuo representacional é uma contribuição teórica original do trabalho do autor, ao indicar um modelo estrutural de falha na ancoragem da loucura devido à lacuna entre os sistemas de conhecimento que historicamente a representam.

Já Wagner et al. (1999) propuseram uma perspectiva integradora relevante para a investigação das RS da loucura na Índia, baseando-se na noção de "*modernização do senso comum*", um processo pelo qual noções científicas psiquiátricas são ancoradas dentro de um contexto tradicional de estrutura social e vida familiar na Índia urbana. Os autores argumentam que a incorporação de ideias psiquiátricas não substitui as concepções tradicionais de loucura,

mas sim reconfigura as RS existentes, permitindo a coexistência de sistemas de crenças aparentemente contraditórios. Esse fenômeno é explicado por meio do conceito de polifasia cognitiva, no qual diferentes formas de conhecimento e racionalidade podem coexistir em um mesmo sistema representacional, sendo mobilizadas de acordo com o contexto.

O estudo identifica duas formas principais de RS da loucura: uma representação cultural hegemônica, profundamente enraizada nas tradições indianas e articulada por meio de explicações baseadas em possessão espiritual, desequilíbrios no corpo sutil<sup>38</sup> e karma<sup>39</sup>; e uma RS emergente, sustentada por conceitos psiquiátricos ocidentalizados que enfatizam fatores psicológicos e sociais na etiologia da loucura. A transição entre esses dois sistemas ocorre por meio da ancoragem, na qual conceitos médicos modernos são interpretados em termos de categorias familiares do pensamento tradicional indiano, como a noção de desejo reprimido como causa do sofrimento mental (Wagner et al., 1999).

Além disso, Wagner et al. (1999) apontam que o processo de objetivação permite a consolidação de novas RS da loucura, resultando na transformação da psiquiatria em um código culturalmente inteligível dentro do contexto indiano. No entanto, essa transição não é linear, pois os indivíduos negociam entre a eficácia percebida da psiquiatria e a pressão social para aderir a práticas tradicionais de cura. Dessa forma, o modelo de compreensão proposto enfatiza a dinamicidade das RS da loucura em um contexto de modernização, demonstrando como a ciência médica ocidental é reinterpretada à luz de valores, práticas e estruturas tradicionais.

---

<sup>38</sup> O corpo sutil (linga sharira) é uma concepção da medicina ayurvédica que postula a existência de uma dimensão imaterial do ser humano, composta por cinco princípios: buddhi (inteligência), indriyas (órgãos sensoriais potenciais), ahamkara ("eu-idade"), tanmatras (elementos sutis dos sentidos) e manas (responsável pela regulação sensorial, raciocínio e julgamento). O equilíbrio dessas forças determina a saúde mental, podendo ser afetado por emoções intensas, como medo, raiva e desejo (Wagner et al., 1999).

<sup>39</sup> Karma refere-se a um princípio de causalidade moral, segundo o qual ações passadas influenciam diretamente o destino presente e futuro do indivíduo. No contexto da loucura, o acúmulo de karma negativo pode levar a distúrbios mentais, seja por influência direta das ações passadas, seja por manifestação através da possessão espiritual ou desequilíbrios energéticos no corpo sutil (Wagner et al., 1999).

O artigo de Geneviève Coudin (2012) propõe uma contribuição significativa para os estudos das RS ao investigar a fragmentação de uma representação hegemônica da loucura no contexto africano, particularmente no Congo, durante um período de transição entre colonialismo e globalização. A autora utiliza a TRS para analisar como diferentes grupos sociais, diferenciados pelo grau de escolarização e proximidade com a modernidade, negociam e reestruturam seus entendimentos sobre a loucura em meio a transformações socioculturais intensas.

Uma das principais contribuições do estudo reside no foco em analisar a dinâmica de transformação das RS, processo no qual uma representação hegemônica pode se tornar polemizada antes de, eventualmente, se emancipar – no contexto da modernização africana. A autora demonstra como. A autora propõe que, inicialmente, a loucura era compreendida de maneira homogênea dentro da cosmologia tradicional Bantu, estruturando-se como uma representação hegemônica amplamente aceita e reforçada pelas relações sociais e hierárquicas. Nesse estágio, a loucura era vista como um desequilíbrio na força vital, frequentemente atribuído à feitiçaria ou à ira dos ancestrais, e não havia contestação significativa sobre essa interpretação (Coudin, 2012).

Com a introdução da modernidade, marcada pela escolarização, urbanização e influências ocidentais, essa representação começa a ser questionada, dando origem a uma representação polemizada. Nesse momento, diferentes grupos sociais passam a disputar a definição da loucura: enquanto os mais escolarizados incorporam elementos biomédicos e psicológicos, os mais tradicionais resistem à mudança, mantendo a visão de que a loucura está ligada à transgressão social e à ação de forças ocultas. Esse embate fragmenta a antiga hegemonia e gera uma polarização entre explicações modernas e tradicionais, refletindo um conflito intergeracional e identitário (Coudin, 2012).

Por fim, a autora demonstra como em alguns grupos, particularmente entre os mais escolarizados, ocorre a emancipação da representação, na qual há uma apropriação seletiva de elementos tanto da tradição quanto da modernidade. Aqui, a loucura passa a ser vista como um fenômeno complexo, podendo ter causas biológicas, psicológicas e sociais, e abre-se espaço para propostas híbridas, como a integração entre psiquiatria moderna e práticas de cura tradicionais. Esse processo demonstra que a modernização não elimina as crenças tradicionais, mas as reconfigura, gerando conflitos, negociações e novas formas de compreensão e manejo da loucura na sociedade africana contemporânea (Coudin, 2012).

Outra contribuição do trabalho é a articulação entre o conceito de barreiras semânticas e o processo de resistência à mudança representacional. A autora identifica mecanismos discursivos que restringem a aceitação de representações alternativas, como a oposição rígida (ex.: loucura como feitiçaria versus loucura como desordem individual), a transferência de significado (ex.: atribuir a "magia moderna" um papel negativo equivalente à bruxaria tradicional) e a estigmatização dos jovens que aderem a práticas e crenças modernas (Coudin, 2012).

Além disso, Coudin (2012) contribui para a compreensão do conceito de ancoragem ao demonstrar como a modernidade é assimilada pela cultura tradicional africana por meio da sua tradução em categorias locais, como a ressignificação de objetos mágicos ocidentais dentro do imaginário tradicional da feitiçaria. A autora também destaca a cognitividade polifásica evidenciando como diferentes estilos cognitivos coexistem em um mesmo grupo, permitindo que indivíduos conciliem crenças tradicionais com saberes modernos.

Por fim, o estudo aponta que as representações da loucura se relacionam diretamente com estratégias identitárias e dinâmicas de poder, especialmente no contexto de tensão intergeracional. Os mais velhos resistem à modernidade como forma de manter sua posição

hierárquica, enquanto os mais jovens buscam se apropriar de novos sistemas de conhecimento para reivindicar autonomia social. Essa abordagem reforça o papel das RS como instrumentos de disputa simbólica e conservação ou transformação da ordem social.

Dessa forma, o artigo de Coudin (2012) propõe contribuições teóricas ao articular o modelo de transformação das RS com processos de resistência cognitiva e identidade social, oferecendo uma perspectiva aprofundada sobre como representações hegemônicas da loucura são desestabilizadas e reconfiguradas no contexto africano contemporâneo.

No artigo de Diana Rose (1998) há uma discussão teórica relevante. A autora argumenta que, ao contrário do pressuposto central da TRS—segundo o qual os processos de objetivação e ancoragem transformam o desconhecido em familiar—, a loucura na mídia televisiva resiste a essa familiarização e permanece como uma categoria semântica instável e ameaçadora. Rose introduz o conceito de "*resistência à classificação segura*" (*resistance to safe classification*), sugerindo que a loucura não se encaixa nos padrões normativos de categorização social e continua a ser representada de maneira fragmentada, ambígua e frequentemente associada à violência e à imprevisibilidade (Rose, 1998).

A autora destaca que a mídia televisiva constrói a loucura como um fenômeno sem uma ancoragem clara, apresentando-a como um campo de significados múltiplos e contraditórios. Essa resistência à categorização, segundo Rose, configura uma ameaça semiótica (*semiotic threat*), pois impede que a sociedade estabeleça uma estrutura narrativa estável para compreender e domesticar simbolicamente a loucura. Essa ideia desafia diretamente a concepção clássica de Moscovici, na qual os processos representacionais deveriam fornecer um quadro de sentido estável para os fenômenos sociais (Rose, 1998).

Rose (1998) identifica uma mutação representacional na mídia britânica após o caso de Christopher Clunis, ocorrido em dezembro de 1992. Clunis, um homem com histórico

psiquiátrico, matou Jonathan Zito, e a cobertura midiática do episódio não apenas enfatizou a tragédia, mas construiu uma narrativa que responsabilizava a política de *community care* (desinstitucionalização psiquiátrica) pelo ocorrido. A partir desse caso, consolidou-se uma reconfiguração na representação midiática da loucura, que passou a associá-la diretamente ao perigo e à falha do sistema de saúde mental (Rose, 1998).

Para a autora, essa nova abordagem reforçou a percepção de que indivíduos com transtornos mentais representam uma ameaça, ao mesmo tempo em que deslocou a responsabilização da violência para a suposta negligência institucional. Como consequência, a cobertura televisiva intensificou a conexão entre loucura, risco e insuficiência das políticas de cuidado, impulsionando mudanças legislativas e fortalecendo o estigma em torno da doença mental. Embora essa narrativa forneça um eixo explicativo aparentemente racional para a imprevisibilidade da loucura, ela não reduz o medo social que a cerca. Pelo contrário, ao reiterar sua associação com o perigo e a falha do sistema, reforça a imagem do "louco" como um "Outro" inassimilável à normalidade, perpetuando seu status de alteridade e exclusão social (Rose, 1998).

Assim, a principal contribuição teórica da autora consiste na problematização da ideia de que a objetivação e a ancoragem sempre tornam o desconhecido familiar. No caso da loucura, ela propôs que os processos representacionais midiáticos parecem falhar em proporcionar um sentido estabilizador, resultando em uma construção discursiva que reforça o estranhamento e a exclusão social dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (Rose, 1998).

Quanto a outras proposições interessantes, destacamos o trabalho de Santos e Eskinazi (2022) que, embora mencionem o conceito de *ancoragem inversa* ao analisarem a forma como a imprensa brasileira representa a loucura, eles não se debruçam sistematicamente no

desenvolvimento teórico do conceito, tampouco propõem uma definição ampliada ou refinada dessa ideia. A menção à ancoragem inversa ocorre no contexto da discussão sobre a permanência do estigma da loucura e sua representação midiática como algo desviante e distante da normalidade.

Os autores utilizam o conceito em enquadramentos teóricos de outros autores para descrever um processo pelo qual um objeto social não é assimilado e familiarizado, mas sim mantido na posição de "outro", reforçando sua estranheza e diferenciação. O foco central do artigo está na identificação das categorias de ancoragem da loucura na imprensa e na análise do impacto dessas representações na manutenção do estigma social. Assim, a ancoragem inversa surge quando os autores interpretam os achados da pesquisa, mas não é explorada de maneira aprofundada nem inovada pelos autores (Santos & Eskinazi, 2022).

Mesmo com propostas inovadoras e contribuições relevantes para o campo das RS da loucura, apenas dois dos quinze trabalhos analisados apresentaram algum modelo explicativo fundamentado em seus resultados. Esse dado evidencia a necessidade de aprofundar as explicações sobre as RS da loucura, superando abordagens descritivas e avançando na construção de modelos teóricos mais integrados. A diversidade de enfoques e, muitas vezes, a fragmentação das perspectivas indicam que, apesar dos avanços nas últimas décadas, ainda persistem lacunas significativas na compreensão dessas representações. Como aponta Moscovici (2002), "um acúmulo de fatos não constitui uma ciência, assim como um monte de pedras não se torna uma casa. Temos as pedras, não temos a casa. É preciso parar e começar a pensar" (p. 145).

Portanto, a lacuna teórica que persiste na área reforça a importância de uma abordagem multidimensional, capaz de abarcar as múltiplas formas de saber que historicamente estruturaram a compreensão da loucura. O desafio não está apenas em coletar mais dados, mas

em construir um modelo reflexivo e dinâmico, que possa dialogar com os diferentes sistemas explicativos e oferecer uma compreensão mais rica e profunda das RS da loucura.

#### 4.8 SRS

A análise do conceito de SRS nos estudos mencionados revela que, apesar de sua importância teórica, o termo ainda carece de uma definição clara e de uma sistematização metodológica consistente na literatura. A revisão conduzida por Félix et al. (2016) indica que o conceito de SRS tem sido empregado de forma incipiente e dispersa, achado que se confirma na presente análise. Esses autores identificaram quatro principais formas de uso do termo: (1) como um conjunto de RS, (2) como um conjunto de conhecimentos, (3) como sinônimo de RS e (4) em noções fragmentadas. A predominância da primeira abordagem sugere que os SRS são frequentemente concebidos como agrupamentos de representações que interagem dentro de um campo social específico. No entanto, os estudos analisados demonstram que, embora explorem dinâmicas representacionais que sugerem a existência de sistemas, a formalização desse conceito dentro de um modelo teórico consolidado ainda é insuficiente.

O estudo de Wachelke (2005) exemplifica essa lacuna. A ideia proposta de instabilidade nas representações da loucura, resultante da tensão entre discursos culturais e científicos, está alinhada à concepção de SRS, mas não se desenvolve em uma perspectiva teórica consistente com o conceito. De modo semelhante, Coudin (2013) discute a transição entre representações hegemônicas, polêmicas e emancipatórias, o que implica a coexistência de múltiplos sistemas representacionais, mas sem uma formulação explícita do conceito de SRS.

A coexistência dos paradigmas biomédico e psicossocial, analisada por Sousa, Maciel e Medeiros (2018), sugere a presença de SRS concorrentes, mas sem uma exploração aprofundada do termo. Da mesma forma, o estudo de Santos e Eskinazi (2022) ilustra um

mecanismo sistêmico ao discutir a "*ancoragem inversa*" como forma de fixação de representações na mídia, reforçando a noção de que as RS circulam e se organizam em sistemas de significação, mas sem um delineamento teórico estruturado dos SRS.

Esses achados evidenciam a necessidade de investigações que avancem na conceituação e na operacionalização dos SRS. Conforme sugerido por Félix et al. (2016), a sistematização desse conceito pode proporcionar uma compreensão mais refinada das dinâmicas representacionais, especialmente em fenômenos complexos como a loucura. Isso exige superar abordagens fragmentadas e estabelecer bases teóricas mais robustas para a análise dos SRS, promovendo sua integração no campo das RS de maneira mais estruturada e consistente.

#### **4.9 Polifasia cognitiva**

A polifasia cognitiva, conforme proposta por Moscovici (1978) e aprofundada por Jovchelovitch (2004), descreve a coexistência de múltiplos sistemas explicativos dentro do pensamento social, mesmo quando esses sistemas apresentam contradições aparentes. Essa perspectiva se alinha com a distinção entre universo reificado e universo consensual, ambos conceitos fundamentais para compreender como diferentes formas de conhecimento sobre a loucura são articuladas e incorporadas nas RS.

Nos estudos analisados, percebe-se que a polifasia cognitiva se manifesta na forma como os indivíduos conciliam sistemas explicativos distintos, transitando entre um universo reificado, onde a psiquiatria biomédica se impõe como discurso normativo, e um universo consensual, no qual crenças culturais, religiosas e afetivo-relacionais são mobilizadas para interpretar a loucura dentro de contextos específicos.

O estudo de Wagner et al. (1999), por exemplo, ilustra como a modernização não necessariamente suprime crenças tradicionais, mas antes promove um sincretismo entre discursos biomédicos e espirituais. Esse fenômeno reflete um senso comum iluminado, onde a

ciência não substitui o conhecimento popular, mas se adapta e coexiste com ele. O estudo de Coudin (2013) aprofunda essa discussão ao demonstrar como a escolarização influencia a fragmentação das representações hegemônicas da loucura. Por fim, Ribeiro Neto e Avellar (2017) demonstram a aplicação prática da polifasia cognitiva ao analisar as residências terapêuticas no Brasil. Nesses espaços, a convivência entre ex-internos e profissionais da saúde cria um campo de tensões entre discursos biomédicos e afetivo-relacionais que não implica em contradição total, mas sim um mecanismo adaptativo da cognição social.

Dessa forma, a análise desses estudos confirma que a polifasia cognitiva não é um fenômeno isolado, mas um traço estrutural e transcultural da construção das RS da loucura. Ao integrar simultaneamente saberes científicos, crenças religiosas, conhecimentos populares e experiências vividas, a sociedade contemporânea reforça a coexistência entre o universo reificado e o universo consensual, mostrando que os indivíduos e grupos não precisam escolher entre ciência e tradição, mas sim articulá-las conforme as demandas do contexto em que se encontram (Moscovici, 2007; Jovchelovitch, 2014).

Entretanto, apesar da importância do conceito de polifasia para compreender a multiplicidade de sistemas explicativos da loucura, apenas três estudos foram identificados quanto ao emprego direto desta noção. Essa escassez representa uma lacuna significativa na área de RS da loucura, especialmente considerando a complexidade inerente às formas de conhecimento que atravessam esse fenômeno. O predomínio de análises que enfatizam apenas um único sistema explicativo, seja ele biomédico, psicológico ou sociocultural, pode levar a interpretações reducionistas e pouco alinhadas à realidade da convivência entre diferentes formas de saber.

Além disso, como argumentam Jovchelovitch (2004) e Arruda (2014), compreender a polifasia cognitiva permite revelar como os sujeitos não apenas negociam suas crenças e

conhecimentos, mas também estruturam práticas e discursos sobre a loucura no espaço público. Assim, a ampliação do uso desse conceito em pesquisas futuras pode enriquecer a compreensão das dinâmicas de poder, pertencimento e conflito que atravessam as RS da loucura, fornecendo um quadro mais dialético e contextualizado sobre sua construção social.

#### **4.10 Principais resultados**

Os estudos analisados mostram as tensões das RS da loucura e seus diferentes discursos. A predominância do modelo biomédico, que associa a loucura à doença mental e à necessidade de intervenção psiquiátrica, foi constatada em diversos estudos (Maciel et al., 2011; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Serafim et al., 2017). Entretanto, observa-se que este modelo começa a ser desafiado pelo paradigma psicossocial, que valoriza a inclusão, os direitos humanos e a autonomia do sujeito (Costa et al., 2016; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017).

O estudo de Sousa, Maciel e Medeiros (2018) evidencia a coexistência de ambos os paradigmas, mostrando que profissionais da saúde mental tendem a aderir a uma visão mais psicossocial, enquanto estudantes e a população em geral permanecem ancorados na lógica biomédica. Essa persistência da ancoragem biomédica é também constatada por Serafim et al. (2017), que apontam a reprodução do modelo asilar entre estudantes de Medicina e Enfermagem.

A coexistência de diferentes sistemas explicativos da loucura é um dos achados mais marcantes nos estudos analisados. Como no exemplo do trabalho de Wagner et al. (1999), que demonstram que a modernização indiana não substituiu as crenças tradicionais, mas as reconfigura, permitindo uma convivência entre explicações biomédicas, emocionais e espirituais. Da mesma forma, Coudin (2013) analisa a fragmentação da representação hegemônica da loucura na África, evidenciando como o contato com a modernidade não eliminou crenças em feitiçaria, mas as ressignificou. O estudo de Narter (2006), ao analisar a

transformação do conhecimento cotidiano da loucura na Turquia, também confirma a interação entre conhecimento científico e crenças culturais, demonstrando que a modernização não resultou em uma substituição dos modelos tradicionais, mas em um hibridismo.

Estudos que analisam a influência da mídia mostram como os discursos midiáticos consolidam estereótipos excludentes. Rose (1998) analisa a televisão britânica e demonstra como a mídia reforça imagens de perigo e irracionalidade associadas à loucura. De forma semelhante, Santos, Danfá e Almeida (2021) e Santos e Eskinazi (2022) analisam a imprensa brasileira e evidenciam a permanência de ancoragens que reforçam a separação entre o "normal" e o "louco", ainda que novas narrativas mais inclusivas tenham emergido.

Os consensos identificados nos estudos sobre as RS da loucura apontam para três aspectos principais. Primeiro, o estigma e a exclusão continuam sendo marcantes, com a loucura frequentemente representada como um fenômeno desviante, associado à irracionalidade e ao perigo (Maciel et al., 2011; Brito & Catrib, 2004; Serafim et al., 2017). Em segundo lugar, o impacto da reforma psiquiátrica, embora tenha trazido avanços, ainda enfrenta resistências sociais e institucionais à inclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico (Costa et al., 2016; Ribeiro Neto & Avellar, 2017). Por fim, a influência da família se mostra decisiva no processo de reabilitação psicossocial, alternando entre posturas de proteção e exclusão (Macêdo, 2001; Maciel et al., 2011).

Dentre as principais divergências observadas nos estudos, destacam-se duas abordagens centrais que possuem implicações significativas para esta revisão. A primeira refere-se à possibilidade de transformação das RS em função da modernização e da incorporação de novos sistemas referenciais culturais e científicos. Pesquisas como as de Narter (2006) e Wagner et al. (1999) argumentam que a modernização promove a ressignificação das crenças e das RS, permitindo que explicações tradicionais sobre a loucura sejam reformuladas à luz de novos

paradigmas. Esses estudos sugerem que, com a ampliação do acesso à informação, a circulação de discursos científicos e a interconexão entre diferentes contextos socioculturais, há um potencial para a construção de percepções mais pluralistas sobre a loucura. A modernização, nesse sentido, atua como um vetor de mudança, favorecendo a coexistência de diferentes sistemas de conhecimento e promovendo uma polifasia cognitiva que flexibiliza interpretações sobre o fenômeno.

Contudo, essa perspectiva encontra um contraponto relevante em investigações como as de Santos e Eskinazi (2022), que analisam o papel da mídia na perpetuação de representações dicotômicas entre normalidade e loucura. Diferentemente da visão otimista sobre a modernização, esses autores demonstram que, apesar do avanço das ciências sociais e da psiquiatria crítica, a mídia contemporânea frequentemente reforça estereótipos e dualidades rígidas, categorizando a loucura ora como uma ameaça à ordem social, ora como um estado de irracionalidade e descontrole. A espetacularização midiática da loucura e sua associação recorrente com imagens de violência, perigo e imprevisibilidade contribuem para a manutenção de representações excludentes, dificultando a superação do estigma histórico que recai sobre indivíduos em sofrimento psíquico. Assim, em vez de promover a ressignificação das RS, a mídia moderna atua como um dispositivo de fixação e cristalização de concepções normativas, reafirmando fronteiras simbólicas entre o que é considerado normal e anormal.

Essa tensão entre mudança e permanência nas RS da loucura evidencia a complexidade dos processos representacionais e sua dependência de múltiplos fatores sociais, históricos e discursivos. Enquanto a modernização pode criar condições favoráveis à transformação das representações, isso não ocorre de maneira automática ou linear, pois outros dispositivos sociais, como a mídia, operam no sentido oposto, reforçando categorias preexistentes e limitando a circulação de discursos alternativos. Dessa forma, a compreensão das RS da loucura exige um olhar atento para essas dinâmicas contraditórias, reconhecendo tanto os

espaços de ressignificação quanto os mecanismos que perpetuam estereótipos e desigualdades simbólicas.

Em uma segunda abordagem, destacamos a divergência na discussão da existência ou não de uma espécie de "*vácuo representacional*" sobre a loucura. Enquanto alguns estudos, como o de Wachelke (2005) e Rose (1998) defendem essa ideia, outros, como Coudin (2013) e Wagner et al. (1999), argumentam que a polifasia cognitiva permite a coexistência de vários modelos explicativos sem uma proposta de instabilidade nas RS ou de impedimento de ancoragens adequadas. Nesta perspectiva gostaríamos de fazer algumas reflexões, especialmente sobre o trabalho de Wachelke (2005).

A proposta de Wachelke (2005) sobre o vácuo representacional das RS da loucura baseia-se na ideia de que a intersecção entre sistemas representacionais distintos – o científico e o cultural – geraria uma falha estrutural na ancoragem e objetivação da loucura. Tal suposta deficiência resultaria na impossibilidade de uma representação coesa, conduzindo a um distanciamento e a um sentimento de alteridade em relação ao objeto representado. No entanto, essa interpretação não se sustenta diante das principais contribuições da TRS e das pesquisas que evidenciam a dinamicidade das RS da loucura.

O argumento de Wachelke parte da premissa de que nem o sistema cultural nem o científico seriam capazes de oferecer uma explicação plenamente coerente da loucura, levando a um vácuo representacional. Contudo, essa visão desconsidera o princípio fundamental da polifasia cognitiva (Moscovici, 1978; Jovchelovitch, 2004), segundo o qual diferentes formas de conhecimento coexistem, não como uma deficiência estrutural, mas como uma característica intrínseca das RS. A interação entre saberes científicos e crenças culturais não gera um vazio interpretativo, mas sim um dinamismo que permite a ressignificação contínua da loucura em diferentes contextos sociais e históricos.

Além disso, Wachelke (2005) argumenta que o avanço da ciência teria deslocado as explicações culturais tradicionais da loucura, retirando-lhes legitimidade sem, contudo, oferecer um modelo plenamente assimilável pelo senso comum. Esse processo resultaria em um problema de ancoragem, gerando o vácuo representacional — uma lacuna interpretativa que manteria a loucura envolta em incerteza e alteridade. No entanto, essa perspectiva subestima a capacidade das RS de integrar e articular diferentes sistemas de conhecimento. Como demonstrado por Jodelet (1989/2005), as RS da loucura não são fragmentadas ou desprovidas de ancoragem, mas sim híbridas e dinâmicas, combinando elementos médicos, culturais e do senso comum para construir significados adaptáveis às interações cotidianas. Em vez de um vácuo, o que se observa é um processo contínuo de ressignificação, no qual distintos discursos coexistem e disputam legitimidade, refletindo a polifasia cognitiva característica das RS.

Embora a abordagem de Wachelke (2005) não negue explicitamente o papel ativo dos sujeitos na construção das RS, sua proposta do vácuo sugere uma lacuna estrutural na ancoragem da loucura, o que pode ser interpretado como uma minimização da agência dos indivíduos na produção de significados. No entanto, conforme argumentado por González-Rey (1997, 2015), a subjetividade é um componente essencial na construção das nossas visões de mundo, sendo os indivíduos agentes ativos em sua ressignificação, em vez de meros receptores passivos de sistemas concorrentes. A experiência vivida da loucura, bem como as interações sociais que a atravessam, não apenas influenciam a forma como o fenômeno é percebido, mas também permitem a emergência de sentidos plurais, híbridos e em constante negociação dentro do espaço social. Assim, ao invés de um vácuo representacional, o que se observa é um campo dinâmico de disputas e ressignificações, onde diferentes discursos—científicos, culturais, midiáticos e institucionais—coexistem e se reconfiguram continuamente.

Outro aspecto relevante para esta discussão são os conceitos de ancoragem sociológica e semântica nas RS da loucura. A ancoragem sociológica está relacionada às influências exercidas por normas institucionais, políticas e relações de poder na maneira como a loucura é percebida e tratada socialmente. Nesse sentido, a construção histórica da psiquiatria como um dispositivo de regulação social, conforme analisado por Foucault (1978; 1988), demonstra que a loucura nunca foi apenas um objeto de disputa entre sistemas culturais e científicos concorrentes, mas sempre esteve situada dentro de um campo mais amplo de governamentalidade, onde sua definição e tratamento foram utilizados como ferramentas de controle social. Esse processo se intensificou ao longo da modernidade, com a institucionalização do saber psiquiátrico e a crescente medicalização do comportamento desviante, legitimando abordagens disciplinares que reforçam a exclusão e a marginalização dos indivíduos considerados insanos.

A ancoragem semântica, por sua vez, destaca como as representações da loucura são construídas e associadas a categorias discursivas que moldam sua significação social. A patologização da loucura ao longo dos séculos consolidou sua vinculação com imagens de periculosidade, irracionalidade e imprevisibilidade, reforçando sua diferenciação em relação à normalidade e justificando práticas coercitivas e segregacionistas (Foucault, 1978; Canguilhem, 2002). Estudos como os de Santos e Eskinazi (2022) demonstram como a mídia e o discurso público contribuem para essa associação, reforçando estereótipos que enquadram a loucura como uma ameaça ou um desvio que precisa ser contido. Esses processos evidenciam que as RS da loucura não operam em um vácuo interpretativo, mas são constantemente moduladas por discursos institucionais e normativos que influenciam a percepção coletiva e sustentam práticas de exclusão e regulação social. Assim, a ideia de um vácuo representacional torna-se insustentável, pois a loucura nunca esteve desprovida de significados

compartilhados—ao contrário, sempre foi um objeto de disputa simbólica e de ancoragem estratégica em diferentes contextos históricos e políticos.

Ao propor a existência de um vácuo representacional, Wachelke minimiza a importância da objetivação, processo fundamental descrito por Moscovici (1978), pelo qual conceitos abstratos ganham concretude no senso comum. Na sociedade contemporânea, a loucura continua a ser objetificada por meio de estereótipos fortemente enraizados no imaginário social. O louco perigoso, representado como um psicopata frio e violento, associa a insanidade a crimes brutais, reforçando políticas de controle e segurança (Santos & Eskinazi, 2022; Jodelet, 1989; Angermeyer & Matschinger, 1999; Maciel et al., 2019). Já o louco descontrolado, figurado como alguém explosivo e irracional, sustenta a necessidade de contenção psiquiátrica e institucionalização (Foucault, 1978; Basaglia, 2005; Castel, 1978; Santos, Danfá & Almeida, 2021).

Em contraposição, o louco cômico é reduzido a uma caricatura excêntrica e inofensiva, transformando a loucura em entretenimento e esvaziando seu significado real (Goffman, 1961; Rose, 1998; Sousa & Massette, 2024; Garcia, 2015). Outra figura recorrente é o louco místico, visto como um profeta ou iluminado, cuja alienação é romantizada ou ridicularizada (Jodelet, 1991; Huguelet & Koenig, 2009; Lukoff, Lu & Turner, 1998; Morinis, 1985). O louco como fardo reforça a ideia de que o transtorno mental é um peso para a família e sociedade, ancorando a concepção biomédica da loucura como incurável (Goffman, 1986; Maciel, Souza, Lima, Sousa & Pereira, 2020; Colvero, Ide & Rolim, 2004; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017). Já o louco revolucionário associa dissidência política a patologias mentais, deslegitimando protestos e lutas sociais (Foucault, 1978; Castel, 1978; Pereira, 2023; Amarante, 2005). Por fim, a louca feminina, retratada como histérica ou bruxa, evidencia o uso histórico da psiquiatria para controlar e silenciar mulheres (Pegoraro e Caldana, 2008).

Diante dessas considerações, a hipótese do vácuo representacional é insustentável frente à dinamicidade e à complexidade das RS da loucura. Longe de se configurar como um objeto sem ancoragem adequada, a loucura é atravessada por múltiplos sistemas de conhecimento que coabitam e disputam sua significação. Assim, é mais adequado compreender a representação da loucura como um campo em permanente transformação, atravessado por conflitos simbólicos e estruturado por discursos que modulam sua percepção e tratamento na sociedade.

#### **4.11 Tendências Futuras**

Com base nos resultados e discussões desta revisão, projetamos algumas tendências para os próximos anos, considerando tanto os estudos analisados quanto a literatura especializada em RS e saúde mental. Essas tendências refletem um cenário dinâmico e multifacetado, no qual diferentes discursos sobre a loucura coexistem, disputam significados e moldam percepções e práticas sociais.

A primeira tendência observada é a crescente polarização entre as RS biomédicas e psicossociais da loucura. Embora haja avanços na promoção de modelos de atenção mais humanizados e comunitários, o paradigma biomédico segue hegemônico na forma como a sociedade percebe e lida com a loucura (Costa et al., 2016; Serafim et al., 2017; Santos & Eskinazi, 2022). Essa polarização se manifesta tanto na formulação de políticas públicas quanto no imaginário social, revelando a permanência de uma tensão entre a medicalização do sofrimento psíquico e a busca por abordagens mais integradas e subjetivas.

A segunda tendência aponta para o fortalecimento da polifasia cognitiva na explicação da loucura. Estudos transculturais demonstram que a modernização e a expansão das redes de informação não substituem concepções tradicionais, mas promovem um sincretismo entre explicações biomédicas, religiosas, sociais e emocionais (Wagner et al., 1999; Coudin, 2013).

Esse fenômeno tende a se intensificar com a digitalização do conhecimento e a disseminação de discursos concorrentes sobre saúde mental nas redes sociais, consolidando a coexistência de múltiplas representações na esfera pública.

A terceira tendência refere-se à espetacularização midiática da loucura e seus efeitos sobre o estigma. A mídia opera como um campo de disputa simbólica, onde narrativas estigmatizantes e contranarrativas coexistem e tensionam a percepção do sofrimento psíquico. Historicamente, os meios de comunicação reforçaram imagens da loucura associadas ao desvio, perigo e irracionalidade. Contudo, os avanços da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos sociais impulsionaram tentativas de ressignificação dessas representações (Garcia, 2015; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Santos & Eskinazi, 2022).

Com a ascensão das mídias digitais, essa disputa se intensificou: se, por um lado, as redes sociais possibilitaram a emergência de vozes que desafiam discursos hegemônicos, por outro, também ampliaram narrativas patologizantes e medicalizantes, muitas vezes atreladas a interesses comerciais (Desinstitute, 2025; Sousa & Massette, 2024). Além disso, o humor e os memes passaram a reforçar estereótipos sob novas roupagens, associando a loucura a uma identidade marginalizada e deslocando instituições de cuidado, como os CAPS, para um imaginário próximo ao da exclusão manicomial (Albuquerque, 2024; Costa, 2024; Desinstitute, 2025). Paralelamente, observa-se a intensificação da patologização do debate político, na qual discursos psiquiátricos são mobilizados para desqualificar opositores e transformar disputas ideológicas em quadros clínicos individuais (Pereira, 2023). Assim, ainda que as mídias promovam discussões sobre saúde mental, elas também perpetuam narrativas que reforçam o estigma e a medicalização excessiva do sofrimento psíquico (Han, 2015; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

A quarta tendência sugere uma possível ressignificação da loucura como expressão de subjetividade e resistência política. A associação entre dissidência política e patologização tem sido uma estratégia recorrente para deslegitimar movimentos sociais (Foucault, 1978; Castel, 1978). No entanto, observa-se um crescimento na apropriação da loucura como signo de resistência e autonomia subjetiva, especialmente entre grupos que contestam modelos normativos de comportamento e identidade. Esse movimento indica que, nos próximos anos, discursos alternativos podem disputar espaço com as representações hegemônicas da loucura, promovendo uma abordagem mais pluralista e polifônica sobre a saúde mental (Amarante, 2005; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017).

Por fim, a quinta tendência envolve o impacto das mudanças políticas e econômicas globais sobre a percepção da loucura. O neoliberalismo tem instrumentalizado a psiquiatria para consolidar uma subjetividade baseada na performance e na autossuperação, convertendo o sofrimento mental em um problema individual a ser medicalizado ou superado por meio de estratégias de autocontrole (Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024; Han, 2015). Esse modelo reforça a patologização da vida cotidiana, alimentando uma cultura de responsabilização individual que desconsidera os determinantes estruturais do sofrimento psíquico.

Paralelamente, como apontam Canguilhem (2002) e González-Rey (2015), a normatividade vital e a subjetividade desempenham papéis centrais na adaptação dos indivíduos ao mundo, permitindo a ressignificação da loucura como experiência singular de existência. No entanto, a racionalidade neoliberal esvazia essa dinamicidade ao transformar a saúde mental em mercadoria e ao reforçar a precarização subjetiva, agravada pela hiperconectividade e pelas exigências incessantes de produtividade (Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024). Assim, é provável que a loucura seja cada vez mais representada como um fracasso pessoal, enquanto soluções privatizadas e medicalizantes ganham maior centralidade

no debate público, afastando a possibilidade de uma abordagem coletiva e estruturada da saúde mental.

Essas tendências indicam que as RS da loucura continuarão sendo um campo de disputa e ressignificação nos próximos anos, atravessadas por fatores políticos, econômicos, midiáticos e culturais. A complexidade dessas representações exige análises cada vez mais refinadas sobre os discursos e práticas que moldam a percepção social da loucura e suas implicações para o cuidado em saúde mental.

#### **4.12 Lacunas e indicações futuras**

Os estudos analisados sobre as RS da loucura apresentam desafios e lacunas recorrentes que se distribuem em diferentes dimensões da investigação científica. Essas limitações podem ser agrupadas em quatro eixos principais: (1) Limitações teóricas e conceituais, (2) Lacunas metodológicas, (3) Deficiências na articulação entre os níveis individual, coletivo e institucional e (4) Sugestões para pesquisas futuras.

Quanto às limitações teóricas e conceituais, um dos desafios mais recorrentes nos estudos analisados é a ausência de modelos explicativos inovadores que integrem os achados empíricos de forma sistemática. Muitos trabalhos aplicam conceitos clássicos da TRS sem propor novos modelos que ampliem a compreensão da relação entre loucura, estigma e exclusão social. Embora a TRS seja amplamente utilizada (Maciel et al., 2011; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Coudin, 2013), poucos estudos exploram sua intersecção com outros marcos teóricos, como a teoria do estigma de Goffman ou a perspectiva histórico-filosófica de Foucault. Além disso, a polifasia cognitiva, conceito essencial para compreender a coexistência de diferentes representações sobre a loucura, é subutilizada na maioria dos estudos (Wagner et al., 1999; Coudin, 2013).

Outra limitação relevante é a ausência de menções diretas aos SRS, que poderiam enriquecer as análises ao considerar a interação entre diferentes formas de conhecimento e os processos de objetivação e ancoragem. Muitos estudos se concentram na descrição das RS da loucura sem explorar como essas representações são estruturadas em sistemas dinâmicos e interdependentes. Essa lacuna limita a compreensão sobre como os significados sociais da loucura são organizados e mantidos dentro de contextos específicos, dificultando a elaboração de estratégias eficazes para combater o estigma e promover mudanças nas representações dominantes.

Quanto às lacunas metodológicas, a prevalência de estudos qualitativos baseados em entrevistas e análises de conteúdo é notável, mas há uma escassez de abordagens metodológicas mais diversificadas. O uso de técnicas como Análise Fatorial de Correspondência e Classificação Hierárquica Descendente (Santos, Danfá & Almeida, 2021; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018) mostra avanços, mas ainda são exceções. Estudos como os de Narter (2006) e Macêdo (2001) reforçam a necessidade de triangulação metodológica, incluindo a análise de diferentes fontes de dados (documentais, midiáticas e etnográficas). Há também uma carência de estudos longitudinais que permitam acompanhar mudanças nas representações ao longo do tempo (Rose, 1998; Santos & Eskinazi, 2022).

Quanto às deficiências na articulação entre os níveis individual, coletivo e institucional, poucos estudos conseguem articular de forma integrada os níveis individual, coletivo e institucional na análise das RS da loucura. Enquanto alguns trabalhos enfatizam a percepção dos indivíduos e grupos específicos (Maciel et al., 2011; Ribeiro Neto & Avellar, 2017), outros abordam o papel das instituições, como os CAPS e as residências terapêuticas, mas sem conectar essas representações a dinâmicas sociais mais amplas (Costa et al., 2016; Macêdo, 2001). A interação entre discursos biomédicos e outros sistemas também não é amplamente

explorada, limitando a compreensão dos impactos da Reforma Psiquiátrica e das políticas de desinstitucionalização (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Serafim et al., 2017).

Quanto às sugestões para pesquisas futuras, os estudos analisados apontam diversas direções para pesquisas futuras. entre as principais recomendações, destacam-se algumas a seguir. Estudos futuros podem incluir uma maior diversidade de grupos sociais, como profissionais de diferentes áreas da saúde, familiares de pacientes e diferentes estratos socioeconômicos (Maciel et al., 2011; Ribeiro Neto & Avellar, 2017).

Embora haja estudos que analisam o papel da imprensa na construção das representações da loucura (Rose, 1998; Santos & Eskinazi, 2022), ainda há lacunas sobre o impacto das redes sociais e das novas mídias digitais na formação dessas representações. Pesquisas futuras também poderiam explorar a interação entre loucura, gênero, classe social e etnia, analisando como essas variáveis influenciam as RS da loucura e do cuidado (Coudin, 2013; Narter, 2006).

A inclusão de métodos quantitativos e experimentais poderia contribuir para uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas representacionais e suas mudanças ao longo do tempo (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018). A investigação da evolução das RS da loucura considerando o impacto das políticas de saúde mental e das mudanças socioculturais também pode ser um elemento essencial em estudos futuros para compreender como estereótipos são mantidos ou transformados (Serafim et al., 2017; Santos & Eskinazi, 2022).

A análise das limitações e lacunas nos estudos sobre RS da loucura revela a necessidade de aprofundamento teórico e metodológico para avançar no entendimento das interações entre loucura, estigma e exclusão social. A exploração de novas abordagens, incluindo métodos mistos, estudos longitudinais e análises interseccionais, pode oferecer contribuições significativas para a área. Além disso, o aprofundamento das conexões entre os níveis

individual, coletivo e institucional permitirá uma compreensão mais abrangente do impacto das RS na vida das pessoas em sofrimento psíquico e nas políticas de saúde mental.

## **5 Considerações Parciais**

A presente revisão de escopo evidenciou a complexidade e a dinamicidade das RS da loucura, demonstrando como diferentes sistemas explicativos coexistem e interagem no imaginário coletivo. A análise dos estudos permitiu identificar a persistência do paradigma biomédico como matriz hegemônica das RS da loucura, ainda que haja uma crescente influência do modelo psicossocial e de abordagens mais integradas. No entanto, a prevalência do discurso biomédico na formação das RS, especialmente em contextos midiáticos e institucionais, indica um desafio significativo para a desconstrução do estigma e da exclusão social dos indivíduos em sofrimento psíquico.

A discussão sobre a polifasia cognitiva demonstrou que as RS da loucura são caracterizadas por uma convivência entre modelos explicativos muitas vezes contraditórios, como o biomédico, o espiritual, o psicossocial e o cultural. Essa coexistência, longe de indicar um "vácuo representacional", como sugerido por alguns estudos, aponta para um dinamismo intrínseco às RS, no qual diferentes discursos são mobilizados conforme os contextos e as interações sociais. Assim, a análise dos estudos transculturais demonstrou que a modernização não implica necessariamente na substituição de concepções tradicionais pela ciência psiquiátrica, mas sim na ressignificação e reconfiguração dessas crenças dentro de novos sistemas de significado.

Outro aspecto fundamental identificado na revisão diz respeito à influência da mídia na consolidação e manutenção de representações excludentes da loucura. Estudos analisados revelam que os discursos midiáticos frequentemente reforçam estereótipos que associam a loucura à periculosidade, à irracionalidade e ao desvio social. A espetacularização do

sofrimento psíquico contribui para a fixação de imagens negativas e para a perpetuação do estigma. Entretanto, também foi observado que novos discursos, especialmente em plataformas digitais e redes sociais, vêm disputando essas narrativas, promovendo contranarrativas que buscam ressignificar a experiência da loucura de forma mais inclusiva e humanizada.

A revisão também revelou lacunas importantes na literatura sobre RS da loucura. Dentre elas, destaca-se a necessidade de uma maior sistematização do conceito de SRS, que, embora seja sugerido implicitamente em diversos estudos, ainda carece de definição teórica e aplicação metodológica consistentes. Além disso, identificou-se a escassez de pesquisas longitudinais que permitam compreender a evolução das RS da loucura ao longo do tempo e sua relação com mudanças sociopolíticas e culturais. A ausência de modelos explicativos mais integradores também se apresenta como um desafio para avanços na área, sendo essencial o desenvolvimento de propostas teóricas que articulem os diferentes sistemas representacionais da loucura dentro de um quadro analítico mais coeso.

Por fim, é possível apontar algumas direções para pesquisas futuras. Estudos que explorem a interseccionalidade entre loucura, gênero, classe social e etnia podem oferecer uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas representacionais em diferentes contextos. Além disso, investigações que analisem o impacto das redes sociais na formação das RS da loucura podem fornecer insights valiosos sobre o papel das novas mídias na reprodução ou ressignificação dos discursos sobre a saúde mental. O aprofundamento das relações entre as RS da loucura e as políticas públicas de saúde mental também se mostra um campo promissor, possibilitando a elaboração de estratégias mais eficazes para a redução do estigma e a ampliação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

A revisão de escopo apresentada neste capítulo avança na compreensão dos processos representacionais da loucura, destacando as disputas simbólicas que permeiam esse campo e

os desafios persistentes na desconstrução de estigmas profundamente enraizados. A diversidade de sistemas explicativos e a dinamicidade das RS da loucura ressaltam a importância de abordagens integrativas, que considerem não apenas os discursos dominantes, mas também as resistências, ressignificações e transformações que moldam o imaginário social sobre a loucura em distintos contextos. Nesse sentido, o próximo capítulo apresenta o modelo integrativo das RS da loucura, como uma proposta para preencher algumas das lacunas identificadas neste estudo.



### ***BLOCO 3 – Modelo Integrativo e Análise Empírica das Representações Sociais da Loucura***

---

Este bloco é composto pelos Capítulos 5 e 6, discutindo a interação entre diferentes SRS e suas manifestações empíricas. O Capítulo 5 apresenta o Modelo Integrativo, articulando diversas dimensões explicativas, enquanto o Capítulo 6 desdobra essa discussão em uma análise empírica das RS da loucura entre residentes da Paraíba.

O *Capítulo 5 – Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura*, vincula-se aos seguintes objetivos: (3) explorar o papel da polifasia cognitiva na coexistência e tensão entre múltiplas explicações sobre a loucura, considerando discursos biomédicos, psicológicos, espirituais, filosóficos e socioculturais; (7) contribuir para o avanço da TRS, propondo um modelo integrativo que relacione os SRS, a polifasia cognitiva e os processos de exclusão e ressignificação da loucura; e (8) desenvolver uma abordagem crítica e interdisciplinar sobre a loucura, articulando contribuições da psicologia social, filosofia, história, antropologia, psiquiatria crítica e estudos culturais.

Além disso, este capítulo se ancora nos pressupostos de que: (3) os SRS organizam e estruturam o conhecimento sobre a loucura, mas sua abordagem na literatura ainda é fragmentada e permeada por disputas epistemológicas; (4) a polifasia cognitiva permite a coexistência de sistemas explicativos contraditórios sobre a loucura, tornando as RS desse fenômeno heterogêneas e dinâmicas; e (5) o processo de objetivação converte a loucura em imagens socialmente naturalizadas, enquanto a ancoragem ocorre predominantemente nos modelos biomédico e psicológico, mas pode ser ressignificada por perspectivas filosóficas, socioculturais, artísticas e espirituais.

O *Capítulo 6 – Representações Sociais da Loucura entre Residentes da Paraíba*, vincula-se aos seguintes objetivos: (4) investigar a influência da tríade Ego-Alter-Objeto na configuração das RS da loucura, analisando os processos de identificação, alteridade e

estigmatização; e (9) examinar empiricamente as RS da loucura, verificando sua estruturação, interação entre sistemas de conhecimento e aplicabilidade do Modelo Integrativo das RS da Loucura.

Esse capítulo se ancora nos pressupostos de que: (4) a polifasia cognitiva permite a coexistência de sistemas explicativos contraditórios sobre a loucura, tornando as RS desse fenômeno heterogêneas e dinâmicas; (5) o processo de objetivação converte a loucura em imagens socialmente naturalizadas, enquanto a ancoragem ocorre predominantemente nos modelos biomédico e psicológico, mas pode ser ressignificada por perspectivas filosóficas, socioculturais, artísticas e espirituais; (7) a comunicação social e os discursos institucionais são os principais veículos de disseminação e transformação das RS, reforçando estigmas ou possibilitando contranarrativas; e (8) o neoliberalismo intensifica a precarização da subjetividade ao promover a medicalização do sofrimento e individualizar a loucura, responsabilizando o sujeito por seu adoecimento mental.

*As representações formam um sistema e  
dão lugar a “teorias” espontâneas,  
versões da realidade que encarnam as  
imagens ou condensam as palavras,  
ambas carregadas de significações  
(Denise Jodelet).*

# CAPÍTULO 5

## Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura

"O Grito", de Edvard Munch, expressa a angústia existencial e o desespero em um mundo turbulento na interpretação do artista.



## ***CAPÍTULO 5: Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura***

---

### **1 Introdução**

Este Modelo Integrativo não é apenas um produto desta tese, mas o resultado de uma trajetória acadêmica iniciada em 2014, com minha formação em Psicologia. Desde então, experiências tanto na vida pessoal quanto em diversas áreas da Psicologia moldaram profundamente minha compreensão sobre a loucura. De maneira preliminar, já havia manifestado o desejo de propor uma abordagem integrativa que articulasse elementos da TRS e a diversidade de formas de conhecimento sobre a loucura (Moura & Maciel, 2024), mas com esta tese, dou um passo decisivo na concretização dessa proposta, que pretendo seguir desenvolvendo ao longo da minha trajetória acadêmico-profissional.

Uma das questões que me acompanharam nesse percurso foi: seria viável e pertinente propor um modelo explicativo dentro da TRS? Após um longo processo de reflexão—marcado por inquietações e desafios—arrisco-me a afirmar que não apenas é possível, mas necessário. A TRS, em sua essência, já é uma abordagem integrativa, o que torna a construção de um modelo que articule seus conceitos e dimensões centrais uma contribuição relevante para o avanço da área.

Reconheço que o termo "modelo" pode remeter à ideia de uma estrutura rígida, de viés reducionista-positivista. No entanto, minha proposta segue um caminho distinto: trata-se de uma perspectiva integrativa, que não se fecha em determinismos, mas se mantém aberta à multiplicidade e à transformação. Desenvolver um modelo dentro da TRS é, portanto, um exercício de reflexão teórico-prática, uma empreitada que assumi com respeito e comprometimento, buscando interpretar os processos pelos quais saberes, crenças e práticas sociais se constituem, circulam e se transformam no tecido social. O modelo que proponho articula dimensões cognitivas, afetivas e simbólicas, oferecendo um quadro interpretativo para

compreender as dinâmicas de construção e negociação de significados na sociedade, reconhecendo a polifasia cognitiva e as interações sociais que sustentam essas representações.

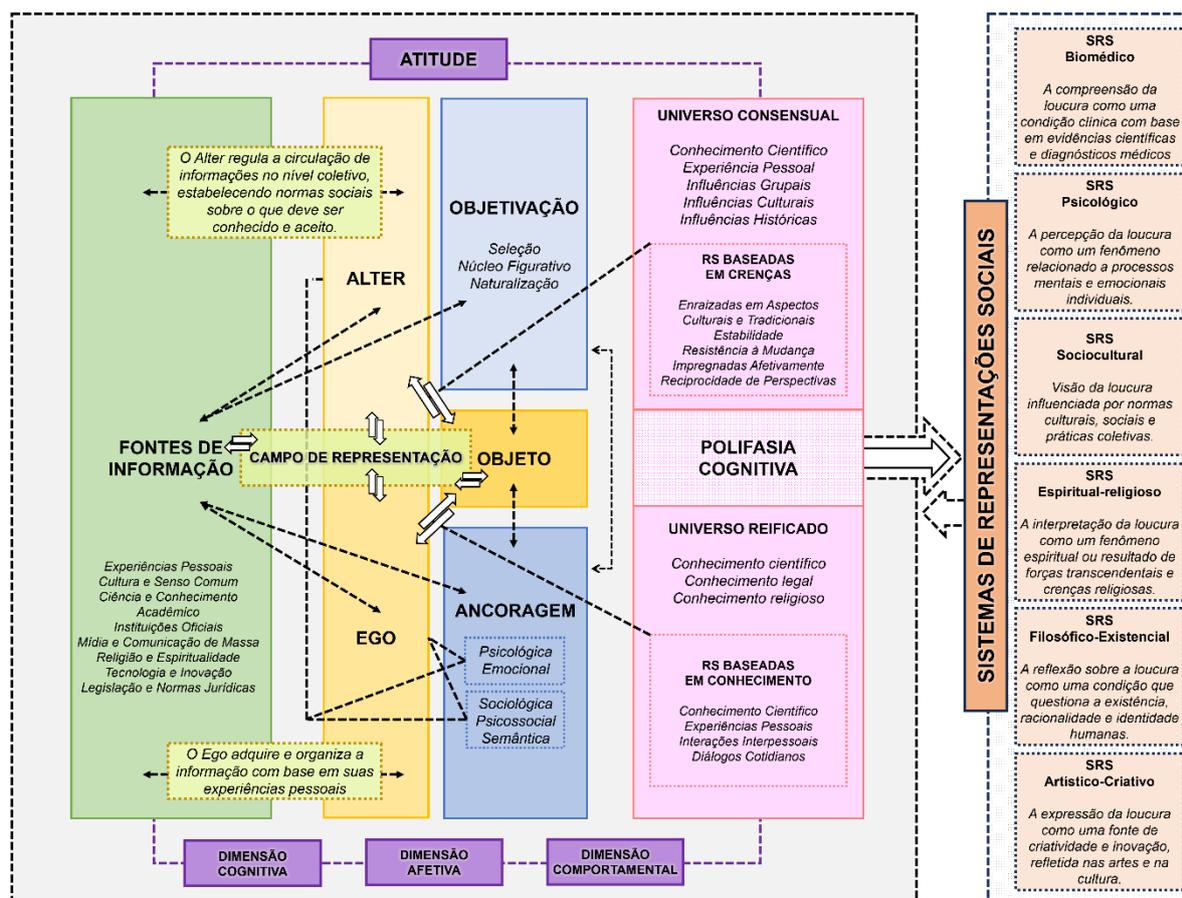
Importa destacar que este modelo não pretende ser uma resposta definitiva para o estudo das RS da loucura. Ao contrário, propõe-se como uma estrutura flexível e dinâmica, capaz de integrar diferentes perspectivas e contextos, além de dialogar com desenvolvimentos futuros na área. Não almejo esgotar todas as lacunas existentes, mas contribuir para um debate mais amplo e aprofundado sobre o tema. Como afirmou Moscovici (2002):

Poderíamos aventurar dar a sugestão de que é tempo de parar com a coleta de informações. Como diz Poincaré, um acúmulo de fatos não constitui uma ciência, assim como um monte de pedras não se torna uma casa. Temos as pedras, não temos a casa. É preciso parar e começar a pensar (p. 145).

Com esta provocação, propomos um modelo de abordagem multidimensional da loucura, explorando as percepções que emergem de diferentes contextos culturais, históricos e institucionais. Analisamos a loucura em suas múltiplas dimensões, explorando a interação contínua entre sistemas de conhecimento, investigamos como crenças populares, saberes científicos e práticas tradicionais coexistem e influenciam as formas pelas quais a sociedade compreende e responde à loucura.

## **2 Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura**

O modelo apresentado no quadro 1 destaca os elementos-chave desse processo de gênese e dialética das RS, desde a coleta de informações até a construção de ecossistemas de significação dinâmicos e atravessados por disputas de poder, ideologias e afetos. A seguir, apresentamos o modelo e discutimos seus elementos.



**Quadro 1 - Modelo integrativo das RS da Loucura<sup>40</sup>.**

A leitura do quadro deve seguir a orientação das setas e conexões indicadas, refletindo a dinâmica das RS. No entanto, é importante ressaltar que essa representação figurativa tem um caráter didático, servindo apenas para ilustrar a interação entre seus elementos. O modelo inicia com as informações sobre a loucura, que vêm de diversas fontes, alimentando o ego, o alter e os processos de objetivação e ancoragem. O ego organiza as informações conforme suas experiências e o acesso disponível, selecionando os aspectos mais relevantes para estruturar esquemas centrais que definem a loucura e se integram à representação. Ao fazer isso, o ego

<sup>40</sup> As setas indicam os fluxos e interações no modelo. Setas simples (→) representam processos internos, como a organização das informações pelo Ego e a regulação pelo Alter. Setas duplas (↔) mostram interações dinâmicas, como a troca entre fontes de informação e o campo de representação. Linhas tracejadas (- - -) indicam influências indiretas, conectando objetivação, ancoragem e os Sistemas de Representações Sociais (SRS). Linhas pontilhadas (····) representam a coexistência entre o Universo Consensual e Reificado, viabilizando a polifasia cognitiva. A caixa externa dos SRS ilustra a categorização das diferentes formas de compreender a loucura. A versão estendida desta legenda pode ser encontrada na seção de Anexos

também vai ancorando os resultados do processo de objetivação em sistemas de referência familiares para ajudá-lo a compreender a loucura através de categorias já conhecidas. Isso inclui estados emocionais e mentais e formas mais amplas de ancoragem em sistemas sociais e linguísticos.

Esses processos sofrem influência direta da relação do ego com o alter, uma vez que ele regula a circulação de informações no nível coletivo, estabelecendo normas sociais sobre o que deve ser conhecido e aceito. Essa relação entre as fontes de informação, ego, alter, objeto, objetivação e ancoragem permite a formação de um campo de representação: o espaço onde as diferentes fontes de informação e os sujeitos (Ego e Alter) interagem para formar RS da loucura. É aqui que ocorre a interação entre a objetivação e a ancoragem, sendo o local de convergência de informações que levam à construção social da loucura como objeto de conhecimento.

Quando o vínculo entre o Alter e o objeto (loucura) é mais forte, predominam RS baseadas em crenças, sustentadas por aspectos culturais e tradicionais. Essas representações tendem a ser mais estáveis e resistentes à mudança, refletindo uma reciprocidade de perspectivas entre os indivíduos. Essas crenças são moldadas por influências históricas e culturais, frequentemente influenciadas pela religião, tradição e senso comum. Elas surgem dentro do Universo de pensamento Consensual, que é o domínio das representações que emergem do senso comum, das experiências cotidianas e das influências culturais e históricas compartilhadas.

Quando a relação entre o ego e o objeto é mais forte, observamos a formação de RS baseadas em conhecimentos, que são estruturadas com base no conhecimento científico, experiências pessoais e diálogos interpessoais cotidianos. Elas tendem a ter uma abordagem mais formal e objetiva da loucura, frequentemente ligadas a diagnósticos médicos ou teorias

psicológicas. Estas RS surgem dentro do Universo de Pensamento Reificado, que é aquele que organiza o conhecimento de maneira científica, técnica e formal. Aqui, a loucura é vista como um objeto a ser investigado de forma racional e objetiva. Esse universo é mais rígido, com regras bem definidas, e tende a separar o conhecimento reificado dos demais tipos de saberes.

A interação entre esses universos resulta na polifasia cognitiva, permitindo que diferentes formas de pensamento e sistemas de conhecimento sobre a loucura coexistam, oscilando entre o Universo Consensual e o Universo Reificado, bem como entre RS baseadas em crenças e em conhecimento. Estes elementos permitem ao ego desenvolver atitudes frente à loucura, com opiniões e pensamentos, emoções e ação. O resultado do processo de interação de todos estes fatores são os diferentes SRS da loucura, formados e ativados em diferentes contextos, coexistindo, sobrepondo-se, contradizendo-se, complementando-se, mas nunca se anulando.

Os SRS da loucura organizam as diferentes visões e compreensões desse fenômeno em seis categorias principais. O SRS Biomédico compreende a loucura como uma condição clínica, fundamentada em evidências científicas e diagnósticos médicos. O SRS Psicológico percebe a loucura como um fenômeno relacionado a processos mentais e emocionais individuais. Já o SRS Sociocultural enxerga a loucura através da influência de normas culturais, sociais e práticas coletivas. O SRS Espiritual-Religioso interpreta a loucura como um fenômeno espiritual resultante de forças transcendentais e crenças religiosas. O SRS Filosófico-Existencial reflete sobre a loucura como uma condição que questiona a existência, a racionalidade e a identidade humanas. Por fim, o SRS Artístico-Criativo vê a loucura como uma fonte de criatividade e inovação, expressa nas artes e na cultura. Estes sistemas são ao mesmo tempo produtores e produtos de todos os outros elementos do modelo, retroalimentando esse processo dinâmico que é a RS. A seguir, apresentamos e discutimos cada um deles separadamente.

## 2.1 A Tríade Ego-Alter-Objeto

Esta tríade constitui um modelo analítico essencial para a compreensão das RS da loucura, pois permite examinar como os significados sociais desse fenômeno emergem da interação entre a experiência subjetiva, as forças coletivas e os discursos normativos que estruturam sua percepção. Enquanto o Ego representa o sujeito que vivencia ou se relaciona com a loucura em nível individual, o Alter manifesta-se nas instituições, normas e saberes que moldam as interpretações sobre o tema. O Objeto, por sua vez, refere-se à própria loucura como conceito dinâmico, historicamente disputado e socialmente construído (Moscovici, 1984; Jodelet, 1989; Marková, 2003; Foucault, 1978).

A distinção entre real (concreto) e realidade (consenso), conforme proposta por Berger e Luckmann (2003), fornece elementos fundamentais para essa análise. Embora o sofrimento psíquico possa ter bases biológicas reais, a percepção da loucura é uma realidade construída, resultado da interação de elementos sociais e históricos, que determinam suas interpretações. Essa perspectiva dialoga com as contribuições de Foucault (1978), que demonstra como a psiquiatria moderna não apenas descreve a loucura, mas também a produz como um objeto de intervenção e controle social.

O Ego, como sujeito da experiência, internaliza concepções sobre a loucura a partir das interações sociais e institucionais. Por exemplo, indivíduos que vivenciam estados extremos de sofrimento psíquico podem perceber sua condição como uma ruptura radical da realidade, enfrentando desafios na compreensão de si e na interação com os outros. Essa construção subjetiva é moldada por discursos culturais, midiáticos e familiares, que estruturam o modo como o sujeito interpreta sua própria experiência (Albuquerque, 2024; Garcia, 2015; Machado, 2004; Rose, 1998; Santos & Eskinazi, 2022).

A autoimagem do sujeito também é diretamente influenciada pelo estigma associado à loucura. A categorização do sofrimento psíquico como um distúrbio incapacitante pode levar à internalização de visões negativas, resultando em autodepreciação e isolamento social. No entanto, em contextos alternativos, como nos movimentos reformistas e certas tradições espirituais e artísticas, permite-se a ressignificação da loucura como uma forma de acesso a outras dimensões da experiência humana (Goffman, 1986; Barros & Jorge, 2011; Sousa & Masette, 2024; Ayaya & Kitanaka, 2023; Basaglia, 2005).

Essa perspectiva se aproxima das ideias de Canguilhem (2002), ao considerar que a normatividade vital permite que diferentes formas de subjetividade sejam legitimadas como modos singulares de adaptação ao mundo, e de González-Rey (2015), ao enfatizar a subjetividade como um campo ativo de produção de sentidos, no qual indivíduos podem ressignificar suas experiências e resistir às categorizações patologizantes.

Enquanto o Ego representa a experiência individual, o Alter refere-se às forças sociais que definem e sustentam os significados sobre a loucura. Estas forças são múltiplas e operam por meio de diferentes dispositivos institucionais, culturais e normativos. A psiquiatria e os saberes biomédicos estabelecem os critérios diagnósticos e os limites entre normalidade e patologia, legitimando discursos que regulam a loucura e determinam protocolos de intervenção (Foucault, 1978; Canguilhem, 2002). O sistema jurídico e as políticas públicas criam legislações que regulam a hospitalização psiquiátrica, a medicalização e os direitos das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, frequentemente influenciados por interesses políticos e econômicos (Basaglia, 2005; Caponi & Valencia, 2013).

A mídia e a cultura popular desempenham um papel central na construção da imagem da loucura, ora reforçando estereótipos de periculosidade e descontrole, ora promovendo discursos ressignificados que associam a insanidade à genialidade ou à liberdade

(Albuquerque, 2024; Garcia, 2015; Desinstitute, 2025). As tradições religiosas e espirituais também atuam como forças sociais que moldam a percepção da loucura, ora interpretando-a como possessão demoníaca e desvio, ora como uma experiência mística ou uma conexão com dimensões transcendentais (Dalgalarondo, 2009; Durkheim, 1912; Huguelet & Koenig, 2009; Lukoff, Lu, & Turner, 1998; Moreira-Almeida & Menezes Júnior, 2009; Morinis, 1985; Monteiro et al., 2020).

Além disso, o Alter não é um elemento homogêneo, mas um campo dinâmico e diversificado, composto por múltiplos outros (Marková, 2017). Esses "outros" representam diferentes grupos sociais e discursos que coexistem e, muitas vezes, entram em conflito na construção das RS da loucura. Por exemplo, um paciente psiquiátrico pode estar simultaneamente submetido a diferentes influências: o discurso médico, que busca estabilizar sintomas com medicamentos; a visão de movimentos sociais, que enfatiza sua autonomia e direitos; e o posicionamento familiar, que pode oscilar entre a proteção e o desejo de institucionalização.

Paralelamente, Marková (2017) introduz o conceito de "Alter Interno", destacando que as múltiplas vozes sociais não apenas coexistem externamente, mas também são internalizadas pelo Ego, gerando um processo de diálogo interno. No caso das RS da loucura, um indivíduo diagnosticado pode experimentar conflitos entre a internalização do discurso biomédico, que o define como portador de um transtorno crônico, e perspectivas alternativas que o encorajam a ressignificar sua condição como parte de sua identidade singular. Esse diálogo interno influencia a forma como o sujeito se posiciona socialmente e lida com sua própria experiência, evidenciando a complexidade da interação entre subjetividade e discurso coletivo.

Por fim, o terceiro termo da tríade, a loucura, é historicamente disputada entre diferentes sistemas de saber que tem sido alterados e coexistem desde a Antiguidade<sup>41</sup>, consolidando-se como um objeto com múltiplos enquadramentos. A distinção entre dois grandes tipos de loucura (Concreta e Rústica), proposta por Campos (2013)<sup>42</sup>, exemplifica essa dinâmica: enquanto alguns enquadramentos da loucura são mais estruturados, institucionalizados e formalmente reconhecidos, outros transitam entre a valorização e a exclusão, em uma zona de incerteza onde são ora valorizados, ora reprimidos.

Assim, a produção de normas em torno da loucura resulta de um jogo de forças entre o saber-poder e a dinâmica Ego-Alter-Objeto. A forma como a loucura é socialmente percebida e categorizada emerge dessas interações, que estruturam os sistemas de significação da insanidade. Nesse contexto, as RS da loucura se organizam em dois grandes eixos: um fundamentado em crenças, enraizado em tradições culturais e valores coletivos, e outro ancorado no conhecimento, sustentado por discursos científicos e técnicos que buscam explicações formalizadas.

## **2.2 Representações Baseadas em Crenças ou Conhecimento sobre a Loucura**

Moscovici (2000) propõe que as RS se formam por meio da comunicação social e da experiência cotidiana, assumindo diferentes formas conforme sua ancoragem em crenças culturais ou em saberes científicos. No caso da loucura, essa dicotomia é particularmente evidente, pois as explicações sobre insanidade e desrazão transitaram por diferentes sistemas interpretativos ao longo das épocas (Moura & Maciel, 2024), resultando em RS de dois tipos: as baseadas em crenças e as baseadas em conhecimento.

---

<sup>41</sup> Para maior detalhamento, recorrer ao capítulo 1, em especial a seção 7 - “7 Modelos Históricos de Compreensão da Loucura: novas Perspectivas”.

<sup>42</sup> Para maior detalhamento, recorrer ao capítulo 2, em especial a seção 5 - “5 Loucura Concreta e Loucura Rústica: Disputas Simbólicas e Políticas na Definição da Irracionalidade”.

As RS baseadas em crenças emergem de tradições culturais, valores morais e estruturas sociais de longa duração. Elas desempenham uma função central na coesão social e na preservação de narrativas identitárias (Doise, 1992; Jodelet, 1989, 1991; Moscovici, 2000, 2003; Rouquette, 1998), e por isso estão intimamente vinculadas às representações coletivas de Durkheim. Estas emergem da interação social e possuem existência autônoma e coercitiva. Elas organizam categorias fundamentais do conhecimento, como tempo e causalidade, e estão ligadas ao simbolismo e à religião (Rêses, 2003; Durkheim, 1912). Ambas as representações, tanto as baseadas em crenças quanto as coletivas, emergem da interação social, estruturam o pensamento coletivo e exercem função normativa na coesão e identidade dos grupos.

Assim, crenças que associam a loucura à genialidade, liberdade, transcendência e conexão espiritual, bem como aquelas que a vinculam à insanidade, periculosidade, anormalidade e possessão demoníaca, perpetuam-se histórica e culturalmente, moldando percepções e práticas sociais ao longo do tempo (Barros & Jorge, 2011; Garcia, 2015; Monroe, 1992; Neihart, 1993; Pavez, Saura, & Marset, 2021; Rose, 1998; Santos, Danfá & Almeida, 2021).

Além de sua dimensão normativa, as RS baseadas em crenças possuem uma forte carga afetiva, que pode se manifestar tanto de forma positiva quanto negativa, influenciando sua perpetuação ao longo do tempo. Estudos demonstram que a loucura é frequentemente associada a sentimentos de medo, perigo e imprevisibilidade, reforçando estigmas e justificando práticas de exclusão social (Rose, 1998; Foster, 2001; Rocha et al., 2022). Ao mesmo tempo, algumas representações conferem à loucura significados positivos, vinculando-a à genialidade, criatividade e transcendência, como observado em análises culturais e artísticas (Barros & Jorge, 2011; Pavez et al., 2017). Essa ambivalência reflete a complexidade da alteridade que a loucura representa, tornando-a um objeto social dinâmico e de ancoragens múltiplas (Morant & Rose, 2002; Wachelke, 2005).

Enquanto as RS baseadas em crenças se fundamentam na tradição e na normatividade social, as RS baseadas em conhecimento estruturam-se a partir da incorporação de informações científicas e tecnológicas, o que pode facilitar sua flexibilização, uma vez que a ciência é atualizada com mais frequência e rigor que as crenças e tradições (Moscovici, 2000; Palmonari & Cerrato, 2014).

Um exemplo deste tipo de RS pode ser observado na apropriação de termos e sintomas psicopatológicos pelo senso comum. A sociedade, ao longo do tempo, incorporou os avanços nos sistemas de classificação diagnóstica e nas teorias biomédicas e psicológicas sobre a loucura, o que ampliou o acesso à informação e incentivou a busca por serviços especializados (Jodelet, 1989; Angermeyer & Matschinger, 1999; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Pickersgill, 2013; Conrad, 1992). No entanto, esse processo também impulsionou a hiperinflação diagnóstica, a patologização da experiência psíquica e a crescente dependência de psicofármacos (Pichinine, 2024; Pickersgill, 2013).

Isto nos demonstra que, embora respaldadas por discursos científicos e técnicos, essas representações não estão imunes a influências ideológicas e econômicas, pois a própria ciência é atravessada por interesses que vão além do saber puro. A medicalização da vida cotidiana, nesse sentido, acompanha a mercantilização da saúde mental dentro de uma lógica neoliberal pautada na produtividade e no desempenho. Estados emocionais passaram a ser reclassificados como distúrbios clínicos (Han, 2015; Santos et al., 2025), e o sofrimento psíquico, antes entendido como parte inerente da existência humana, tornou-se um obstáculo a ser eliminado em nome da eficiência e do rendimento (Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

Assim, as RS da loucura, sejam elas ancoradas em crenças culturais ou em saberes científicos, não apenas refletem diferentes modos de interpretar a insanidade, mas também

orientam práticas e políticas que afetam diretamente a vida dos indivíduos. Esse entendimento é ampliado pelo conceito de polifasia cognitiva.

### **2.3 Universos de Pensamento e Polifasia Cognitiva**

Para compreender a polifasia cognitiva nas RS da loucura, é essencial considerar primeiramente a distinção entre os universos de pensamento reificado e consensual. O universo reificado corresponde ao espaço do conhecimento formalmente instituído, produzido pelas ciências, pelo direito e por outras instituições normativas que estabelecem verdades legitimadas socialmente. No que tange à loucura, esse universo é dominado pelos sujeitos sociais (alter) discutidos na tríade ego-alter-objeto, a saber: psiquiatria e saberes biomédicos (Foucault, 1978; Canguilhem, 2002); sistema jurídico e políticas públicas (Basaglia, 2005; Caponi & Valencia, 2013); mídia e cultura popular (Albuquerque, 2024; Garcia, 2015; Desinstitute, 2025); tradições religiosas e espirituais (Dalgalarrodo, 2009; Durkheim, 1912; Huguelet & Koenig, 2009; Lukoff, Lu, & Turner, 1998; Moreira-Almeida & Menezes Júnior, 2009; Morinis, 1985; Monteiro et al., 2020); e os movimentos sociais e reformistas (Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Maciel, 2008; Queiroga & Souza, 2022; Santos, 2024; Sousa & Massette, 2024; Vieira et al., 2018).

Se o universo reificado formaliza e institucionaliza as interpretações da loucura, o universo consensual reflete a pluralidade de significados atribuídos a esse fenômeno na vida cotidiana. Ele é composto por crenças populares, narrativas culturais, discursos religiosos e expressões artísticas que coexistem, frequentemente de forma contraditória, com as concepções médicas (Moscovici, 2000; Jovchelovitch, 2014).

Na África Subsaariana, por exemplo, os curandeiros do Zimbábue diferenciam doenças mentais de outras condições ao considerar suas causas espirituais, atribuindo certos transtornos à ira dos ancestrais ou à feitiçaria, o que orienta a escolha do tratamento (Patel, 1995). Na Índia,

o sistema Ayurveda interpreta a saúde mental como resultado do equilíbrio entre os doshas, tratando distúrbios psíquicos com terapias naturais e práticas meditativas (Rajpal, 2021). Já no Japão, o movimento *Tōjisha-kenkyū* desafia a psiquiatria tradicional ao incentivar que pessoas diagnosticadas com transtornos mentais pesquisem suas próprias experiências e produzam conhecimento a partir delas, promovendo uma visão mais subjetiva e participativa da saúde mental (Ayaya & Kitanaka, 2023). Esses exemplos demonstram como o universo consensual integra múltiplas lógicas explicativas, que coexistem e, por vezes, entram em tensão com o universo reificado.

Entretanto, o universo consensual pode reproduzir estigmas e reforçar a exclusão da loucura porque, embora seja um espaço de pluralidade de saberes e significados, ele não é neutro ou necessariamente emancipatório. As crenças populares, narrativas culturais e discursos religiosos que o compõem também carregam concepções historicamente construídas que associam a loucura ao perigo, à imprevisibilidade e à incompetência. A cultura popular e a mídia frequentemente reforçam essas representações (Albuquerque, 2024; Garcia, 2015; Desinstitute, 2025; Santos & Eskinazi, 2022). Além disso, explicações religiosas e espirituais podem atribuir os transtornos mentais a possessões demoníacas ou castigos divinos, dificultando o acesso a tratamentos adequados e incentivando práticas coercitivas, como exorcismos e reclusões forçadas (Dalgarrondo, 2009; Huguelet & Koenig, 2009; Lukoff et al., 1998; Moreira-Almeida & Menezes Júnior, 2009).

Entre estes dois universos, a polifasia cognitiva é quem possibilita a coexistência de visões distintas. Este conceito descreve a coexistência de saberes distintos dentro de um mesmo grupo ou indivíduo, mesmo quando contraditórios. Em vez de ser suplantado pela ciência, o senso comum adapta-se à modernidade, incorporando tanto conhecimentos científicos quanto crenças, o que evidencia a complexidade das sociedades contemporâneas (Moscovici, 1978; Jovchelovitch, 2004; Aikins, 2012). No caso da loucura e dos transtornos mentais, essa

diversidade de interpretações reflete como indivíduos e grupos articulam saberes científicos, crenças culturais e experiências subjetivas para compreender o sofrimento psíquico, sem que haja necessariamente uma coerência fixa entre esses domínios (Aikins, 2012; Angermeyer & Matschinger, 1999; Baum, 2018; Baum & Chiang, 2021; Chiang, 2014; Dixit, 2005; Eromosele, 2021; Foster, 2001; Jodelet, 1991; Kleinman, 2016; Patel, 1995; Pigeon-Gagné et al., 2023; Rajpal, 2020; Santos & Eskinazi, 2022; Suzuki & Wang, 2022; Wagner et al., 1999; Watters, 2010).

Dessa forma, a polifasia cognitiva revela não apenas a coexistência de diferentes formas de saber, mas também a maneira como esses saberes se organizam e se hierarquizam. Para compreender essa estruturação, é fundamental examinar as três dimensões que moldam as RS da loucura.

#### **2.4 As dimensões fundamentais das Representações Sociais da loucura**

As RS da loucura estruturam-se em três dimensões fundamentais: informação, campo de representação e atitude. Essas dimensões organizam a relação entre o conhecimento socialmente construído, a percepção individual e a normatividade coletiva, moldando a forma como a loucura é compreendida, categorizada e tratada. Sua interação reflete disputas epistêmicas entre medicalização, estigmatização e ressignificação do fenômeno (Jodelet, 1991; Moscovici, 2000; Berger & Luckmann, 2003; Jovchelovitch, 2004; Doise, 2002; Marková, 2003). Abaixo discutiremos a dimensão da informação e do campo de representação; a dimensão da atitude será trabalhada separadamente mais adiante.

A informação corresponde ao acervo de saberes acumulados sobre a loucura ao longo da história. Esse repertório não se limita ao conhecimento biomédico ou acadêmico, mas abrange crenças religiosas, mitos, narrativas filosóficas, discursos psiquiátricos, representações midiáticas e experiências cotidianas (Foucault, 1961; Goffman, 1961; Amarante, 2005;

Basaglia, 2005; Alves, 2017; Pereira, 2023). Para o Ego (sujeito), a assimilação dessas informações é mediada por diferentes atores sociais (ver tríade ego-alter-objeto), associados ao papel da família, a escola e das redes de apoio que influenciam na internalização de normas sobre a loucura, regulando subjetivamente sua experiência (Angermeyer & Matschinger, 1999; Barbosa & Costa, 2023; Colvero, Ide, & Rolim, 2004; Maciel, Barros, Camino, & de Melo, 2011; Maciel et al., 2019; Pereira, 2003a; Ribeiro-Neto & Avellar, 2017).

O campo de representação estrutura e hierarquiza as informações em um sistema coerente de significados, sendo constantemente reorganizado ao longo da história. Na tradição ocidental, a loucura foi interpretada desde a possessão demoníaca na Idade Média, passando pelo confinamento manicomial na Modernidade, até as abordagens contemporâneas, que oscilam entre a medicalização e a desinstitucionalização (Foucault, 1978; Maciel, 2008; Batista, 2014). Contudo, esse campo não reflete apenas discursos institucionais; ele absorve e ressignifica saberes populares, especialmente em contextos não ocidentais, onde concepções tradicionais coexistem com interpretações psiquiátricas modernas, evidenciando uma polifasia cognitiva que reorganiza constantemente as fronteiras entre razão e desrazão (Sow, 1980; Patel, 1995; Zhang, 2020). Esse fenômeno evidencia não apenas a historicidade de suas dimensões, mas também os mecanismos de objetivação que consolidam e cristalizam significados.

## **2.5 A Objetivação nas Representações Sociais da Loucura**

O processo de objetivação da loucura nas RS da contemporaneidade reflete a consolidação de imagens e símbolos que sintetizam percepções sobre a insanidade. Esse fenômeno não ocorre de maneira neutra, mas está imerso em disputas simbólicas que moldam tanto a compreensão quanto as práticas de cuidado e controle social associadas à loucura (Moscovici, 1978; Trindade, Santos & Almeida, 2014).

Atualmente, observa-se a influência massiva da mídia e dos discursos biomédicos na construção de núcleos figurativos que vinculam a loucura a imagens de instabilidade, anormalidade, doença, descontrole ou periculosidade. A espetacularização midiática reforça estereótipos e naturaliza categorizações reducionistas e descontextualizadas (Albuquerque, 2024; Costa, 2024; Desinstitute, 2025). Paralelamente, no campo biomédico, a loucura é frequentemente objetivada em transtornos mentais e sintomas, o que fortalece a tendência de medicalização ao enquadrar a loucura exclusivamente sob uma ótica biológica, apagando suas dimensões socioculturais e políticas (Foucault, 1978; Caponi & Valencia, 2013; Canguilhem, 2002). Esses elementos se tornam tão naturalizadas que são incorporadas ao senso comum sem grandes questionamentos, influenciando diretamente atitudes e políticas que perpetuam a marginalização da loucura.

A objetivação assume diferentes configurações dependendo do contexto em que ocorre. No campo religioso, por exemplo, pode se expressar como possessão demoníaca, ausência de Deus, comunicação divina ou experiências místicas diversas, consolidando RS baseadas em crenças (Dalgarrondo, 2009; Dalgarrondo, 2018; Lukoff, Lu, & Turner, 1998; Moreira-Almeida & Menezes Júnior, 2009; Huguelet & Koenig, 2009; Morinis, 1985) No contexto das novas tecnologias e redes sociais, a objetivação tem sido reformulada, permitindo que indivíduos psiquiatrizados participem ativamente da construção de suas próprias representações e que grupos ativistas difundam novas perspectivas em saúde mental. Esse cenário ressignifica a loucura, afastando-a de uma identidade meramente patologizada e passiva para enfatizá-la como uma experiência subjetiva, diversa e permeada por resistência e criatividade. Assim, ampliam-se os significados da desrazão, transformando-a em um campo de expressão e reinvenção (Viana, 2021).

Dessa maneira, a objetivação e seus múltiplos desdobramentos nos diversos contextos sociais demonstram como a loucura é cristalizada em imagens e discursos que orientam sua

compreensão e manejo. No entanto, para que tais representações se tornem socialmente operantes, é necessário um processo complementar: a ancoragem. A seguir, exploramos como diferentes formas de ancoragem estruturam e sustentam as RS da loucura, conectando-as a valores, emoções e normas que determinam sua permanência e transformação ao longo do tempo.

## **2.6 A Ancoragem nas Representações Sociais da Loucura**

A ancoragem nas RS da loucura manifesta-se como um processo dinâmico e multifacetado, no qual diferentes formas de conhecimento, valores e afetos estruturam a compreensão coletiva da insanidade. Atuando em múltiplos níveis, da vivência individual à regulação institucional, esse fenômeno articula discursos que tanto perpetuam estereótipos quanto possibilitam novas formas de conceber o sofrimento psíquico.

A ancoragem psicológica manifesta-se na maneira como os indivíduos internalizam a loucura a partir de suas vivências e crenças pessoais, consolidando noções de normalidade e desvio. Esse processo é evidente na forma como transtornos como depressão e ansiedade são aceitos com maior naturalidade na contemporaneidade, enquanto quadros como esquizofrenia e transtorno bipolar ainda evocam medo e insegurança, frequentemente associados à perda de controle e à periculosidade. Além disso, o discurso sobre a saúde mental, cada vez mais presente na esfera pública, reforça tanto a empatia com aqueles que enfrentam transtornos mentais quanto o temor da própria vulnerabilidade psíquica (Angermeyer & Matschinger, 1999; Maciel et al., 2019; Moscovici, 2000; Kleinman, 2016; Patel, 1995; Pigeon-Gagné et al., 2023; Baum & Chiang, 2021; Santos & Eskinazi, 2022; Farias & Losada, 2022; Sousa & Massette, 2024; Wagner et al., 1999; Watters, 2010).

No domínio das emoções, a ancoragem emocional se estabelece por meio de reações afetivas que vão da compaixão ao medo e à rejeição. A mídia desempenha um papel central

nesse processo, ao mesmo tempo em que ressignifica a loucura como expressão de emancipação e subjetividade, também reforça estereótipos de perigo, fragilidade e anormalidade (Costa, 2024; Desinstitute, 2025).

Já a ancoragem sociológica se inscreve no nível das normas e práticas institucionais que regulam a loucura, delimitando quem é considerado são ou insano. No contexto neoliberal, essa ancoragem se manifesta na medicalização do sofrimento psíquico e na mercantilização da saúde mental, transformando a busca por bem-estar em um imperativo de desempenho individual (Han, 2015; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024; Whitaker, 2017).

A ancoragem psicossocial, por sua vez, revela-se na forma como grupos sociais negociam e transformam suas representações sobre a loucura em práticas cotidianas. Esse processo pode ser observado tanto na reprodução de preconceitos e exclusões quanto na promoção de formas de acolhimento e ressignificação. Movimentos antimanicomiais e redes de apoio entre pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, por exemplo, desafiam as definições psiquiátricas hegemônicas ao reivindicar o direito ao cuidado em liberdade e à participação ativa na sociedade (Basaglia, 2005; González-Rey, 2015; Viana, 2021; Fontes, 2014).

A ancoragem semântica da loucura consiste na sua materialização em figuras reconhecíveis, consolidando sua presença no imaginário social (Abric, 1998; Doise, 1992; Jodelet, 1989; Moscovici, 2002; Santos & Eskinazi, 2022; Trindade, Santos, & Almeida, 2014). Para ilustrar esse processo, proponho uma reflexão sobre minha própria socialização enquanto brasileiro, destacando como a loucura se manifesta em diferentes expressões culturais, históricas e populares às quais tive acesso e me marcaram profundamente.

Na literatura e no cinema, a ancoragem semântica da loucura aparece em personagens emblemáticos. João Grilo e Chicó, de *O Auto da Compadecida*, representam a astúcia popular,

mas recorrem à loucura de maneira ambígua: enquanto João Grilo usa a esperteza para subverter expectativas, Chicó se perde em devaneios que oscilam entre o delírio e a ingenuidade. Em *O Alienista*, de Machado de Assis, o autor satiriza os limites da razão e da loucura por meio do Dr. Simão Bacamarte, um cientista obcecado pela psiquiatria que, ao tentar definir a sanidade com critérios rígidos, acaba encarcerando quase toda a cidade, revelando a arbitrariedade dos diagnósticos e o poder institucional sobre a loucura.

Em expressões populares, reforça-se a ancoragem semântica ao associar a loucura a comportamentos imprevisíveis. Dizeres como "*doido varrido*" ou "*doido de jogar pedra na lua*" enfatizam a ideia do louco como alguém desviante e descontrolado. Em contraste, o provérbio "*de médico e louco, todo mundo tem um pouco*" relativiza essa separação, sugerindo que a loucura é uma experiência universal e multifacetada.

No campo musical e artístico, figuras como Raul Seixas e Rita Lee desafiaram convenções e incorporaram a loucura como símbolo de autenticidade e transgressão. Em *Maluco Beleza*, Seixas ressignifica a loucura como uma forma de liberdade, rejeitando padrões normativos. Rita Lee, por sua irreverência e postura contestadora, também personifica essa ruptura, reforçando a ideia do "louco consciente" que subverte as regras sociais sem perder a lucidez.

Na teledramaturgia, a representação da loucura frequentemente aparece associada à punição e ao estigma da instabilidade psicológica. Um exemplo marcante é Carminha, interpretada por Adriana Esteves em *Avenida Brasil*. Construída como uma personagem manipuladora e emocionalmente complexa, sua internação psiquiátrica simboliza o desmoronamento de sua vilania, revelando a fragilidade oculta sob sua máscara de controle. Esse enredo reforça um imaginário social que associa a loucura à culpa e à transgressão, legitimando sua internação como uma forma de punição moral.

Por fim, o Carnaval também desempenha um papel crucial na ancoragem semântica da loucura, ao criar um espaço de inversão temporária de papéis sociais. As fantasias e o de liberdade do carnaval, permitem à sociedade uma breve ruptura das normas e a suspensão momentânea da razão, permitindo que comportamentos outrora tidos como loucura sejam vivenciados e aceitos dentro de um contexto festivo. Desta forma, a loucura no Brasil é fixada no imaginário coletivo por meio de personagens, expressões, músicas, espaços históricos e festividades, consolidando significados que oscilam entre o estigma, a transgressão e a liberdade.

A ancoragem, em todas as suas formas, não apenas molda a constituição e a permanência das representações da loucura, mas também orienta sua transformação ao longo da história. Situada na intersecção entre o individual e o coletivo, o emocional e o social, o abstrato e o concreto, ela estrutura a percepção da loucura enquanto reflete disputas históricas, culturais e políticas que definem seus sentidos. Ao conectar novos significados a referências pré-existentes, a ancoragem organiza as representações da loucura, enquanto a atitude se revela como um elemento central na maneira como esses significados são avaliados e mobilizados na interação social.

### **2.7 Atitude e Suas Dimensões no Modelo Integrativo das Representações Sociais da Loucura**

Na proposta do Modelo Integrativo, a atitude é representada como um elemento transversal a diversos processos, desde as fontes de informação até a polifasia cognitiva. Essa escolha se justifica porque as atitudes são determinantes para a forma como indivíduos e grupos constroem, organizam e manifestam suas RS, influenciando a percepção, os afetos e os comportamentos em relação à loucura (Ajzen, 2001; Abric, 1993; Abric, 2001; Jovchelovitch, 2014; Doise, 1992; Campos & Rouquette, 2000; Eagly, 1993).

A atitude é tradicionalmente definida como uma predisposição psicológica que expressa uma avaliação de um objeto, ideia, grupo ou fenômeno, podendo ser favorável ou desfavorável (Eagly, 1993). Esse processo avaliativo estrutura-se em três dimensões interdependentes: cognitiva, afetiva e comportamental (Ajzen, 2001). Essas dimensões são essenciais para compreender o modo como as RS da loucura são organizadas e disseminadas, uma vez que o próprio conceito de representações envolve elementos informacionais, normativos e ideológicos que orientam a relação do sujeito com o objeto (Abric, 1993; 1996; 2001; Banchs, 1996; Campos & Rouquette, 2000).

Portanto, no Modelo Integrativo a presença da atitude e de suas três dimensões reflete a articulação entre os processos de informação, categorização, valoração e resposta prática diante do fenômeno da loucura.

### ***2.7.1 Dimensão Cognitiva***

A dimensão cognitiva da atitude refere-se ao conhecimento e às crenças que os indivíduos possuem sobre determinado objeto ou fenômeno, manifestando-se na forma de informações, conceitos e categorias que permitem aos sujeitos interpretar e estruturar a realidade social (Ajzen, 2001; Eagly, 1993). No contexto das RS da loucura, essa dimensão assume um papel central ao articular-se com processos de objetivação e ancoragem. Os discursos e narrativas sobre a loucura frequentemente se apoiam em esquemas prévios de pensamento que incluem categorias cognitivas que podem reforçar representações estigmatizadas ou, em alguns casos, ressignificações positivas e criativas (Angermeyer & Matschinger, 1999; Jodelet, 1989; Jodelet, 1991; Maciel et al., 2019; Maciel et al., 2020; Moura & Maciel, 2024; Ramalho et al., 2017; Rosa & Bocci, 2012; Santos & Eskinazi, 2022; Vieira et al., 2018; Wachelke, 2005).

Se a dimensão cognitiva das atitudes organiza e estrutura as RS da loucura por meio de esquemas conceituais e categorias de pensamento, é a dimensão afetiva que confere intensidade emocional a essas representações, modulando tanto os processos de estigmatização quanto as possibilidades de ressignificação e acolhimento.

### ***2.7.2 A Dimensão Afetiva***

A dimensão afetiva da atitude refere-se às emoções e sentimentos associados ao objeto da atitude, exercendo um papel central na construção, perpetuação e transformação das RS. No contexto da loucura, os afetos são determinantes para a forma como indivíduos e grupos interpretam e se relacionam com esse fenômeno, influenciando tanto as respostas emocionais quanto as ações que delas decorrem (Campos & Rouquette, 2000; Banchs, 1996; Jodelet, 1989; De-Graft Aikins, 2012; Vidrio, 2019; Azjen, 2001; Eagly, 1993).

A afetividade associada à loucura é caracterizada por sua ambivalência, podendo tanto reforçar estigmas e práticas de exclusão quanto promover empatia e ações inclusivas. No polo da afetividade negativa (historicamente majoritário), podemos destacar as principais emoções e sentimentos negativos associados historicamente à loucura e presentes em suas RS.

Emoções de medo e ameaça. A loucura é frequentemente associada ao perigo, à violência e à imprevisibilidade, despertando sentimentos de medo, insegurança e desconfiança. Essas emoções emergem da construção histórica da loucura como um fenômeno descontrolado e potencialmente nocivo à ordem social. O temor em relação às pessoas consideradas loucas resulta na justificação de medidas de isolamento e segregação, como a internação psiquiátrica compulsória e a exclusão social dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (Angermeyer & Matschinger, 1999; Foster, 2001; Machado, 2004; Moraes & Oltramari, 2006; Sousa, Maciel, & Medeiros, 2018).

Emoções de rejeição e estigma. O estigma da loucura provoca emoções de repulsa, vergonha e aversão, reforçando a marginalização dos indivíduos afetados. Representações que vinculam a loucura à perda da racionalidade e ao desvio da normalidade contribuem para que essas pessoas sejam vistas como "diferentes", "perigosas" ou "incapazes", gerando barreiras para sua inclusão social. A mídia e os discursos sociais muitas vezes reforçam essas percepções, representando indivíduos com transtornos mentais como problemáticos, imprevisíveis ou carentes de autonomia (Rose, 1998; Brito & Catrib, 2004; Maciel et al., 2011; Santos & Eskinazi, 2022; Rocha et al., 2022).

Emoções de tristeza e sofrimento. A loucura também é representada como um estado de profundo sofrimento psíquico, marcado por sentimentos de dor, angústia e desespero. Essa dimensão afetiva aparece na vivência dos próprios indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, que relatam experiências de perda de autonomia, isolamento e dificuldade em lidar com seus sintomas. As famílias também compartilham esse sofrimento, descrevendo a convivência com um parente diagnosticado como desgastante e sobrecarregada por sentimentos de impotência e frustração (Pereira, 1997; Colvero, Ide & Rolim, 2004; Pereira, 2003; Moura, 2021; Barbosa & Costa, 2023).

Emoções de culpa e responsabilização. A loucura pode ser associada à culpa, tanto por parte do próprio indivíduo, que pode se sentir responsável por sua condição, quanto por parte de seus familiares e da sociedade. Essa carga emocional reforça a visão da loucura como um desvio que poderia ser evitado ou corrigido, intensificando o preconceito e a falta de compreensão sobre os transtornos mentais (Sanford, 2000; Peres et al., 2012; Ribeiro & Avellar, 2017; Pigeon-Gagné et al., 2023).

Embora predominem emoções negativas, algumas RS da loucura também evocam sentimentos positivos, relacionados ao cuidado, inclusão e transformação social. Esses

sentimentos são menos frequentes, mas indicam a existência de discursos alternativos que desafiam a visão tradicional da loucura como um estado de ameaça e sofrimento.

Emoções de empatia e compaixão. Em algumas representações, a loucura desperta sentimentos de solidariedade e compaixão, levando à valorização do cuidado e da inclusão social. Essas emoções são mais frequentes entre profissionais de saúde mental e defensores da reforma psiquiátrica, que enfatizam a necessidade de abordagens humanizadas e integrativas no tratamento das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. A convivência cotidiana com indivíduos considerados loucos pode favorecer a emergência dessa afetividade positiva, promovendo o reconhecimento da loucura como parte da diversidade humana (Mattos & Ferreira, 2004; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Ribeiro & Avellar, 2017; Rocha et al., 2022).

Emoções de admiração e excentricidade. A loucura, em algumas representações, é associada à criatividade, ao gênio e à capacidade de pensar fora dos padrões convencionais. Nessa perspectiva, as pessoas consideradas loucas são vistas como visionárias ou indivíduos que desafiam normas sociais estabelecidas. Essa romantização da loucura aparece em manifestações artísticas e filosóficas, nas quais a insanidade é descrita como um estado de transcendência e libertação das amarras da razão (Barros & Jorge, 2011; Pavez et al., 2017; Santos & Eskinazi, 2022).

Emoções de aceitação e inclusão. Em contextos de convivência comunitária e atenção psicossocial, a loucura pode ser compreendida como uma condição que não impede a participação ativa na sociedade. Nesse cenário, surgem emoções de acolhimento, respeito e valorização da diferença. O reconhecimento do direito das pessoas com transtornos mentais à cidadania fortalece a construção de práticas inclusivas e estratégias de suporte baseadas na autonomia e no respeito à diversidade (Jorge & Bezerra, 2004; Rosa & Bocci, 2012; Honorato de Farias & Losada, 2022).

Diante das tensões entre os polos negativo e positivo, propomos que a dimensão afetiva não seja tratada como um elemento acessório, mas como um eixo estruturante na forma como a sociedade interpreta e reage à loucura. As RS não apenas descrevem esse fenômeno, mas o organizam emocionalmente, conferindo-lhe um valor simbólico dentro de um contexto cultural. Para transformar essas representações e combater o estigma, é essencial mobilizar afetos positivos por meio de campanhas e políticas públicas que fomentem a empatia, a escuta ativa e a valorização da diversidade psíquica.

As emoções e sentimentos associados à loucura não só moldam percepções individuais e coletivas, mas também orientam atitudes e comportamentos concretos em relação às pessoas que vivenciam transtornos mentais. Dessa forma, a dimensão afetiva se articula diretamente com a dimensão comportamental, influenciando desde práticas de exclusão e estigmatização até iniciativas de acolhimento e inclusão.

### ***2.7.3 Dimensão Comportamental***

A dimensão comportamental da atitude refere-se à tendência de ação em relação ao objeto da atitude (Ajzen, 2001; Eagly, 1993). Nas RS da loucura, o que os estudos demonstram é que as práticas podem variar desde a estigmatização e rejeição às ações de acolhimento e inclusão. As práticas de distanciamento social e exclusão têm sido historicamente predominantes nas RS da loucura, refletindo a percepção da insanidade como uma ameaça à ordem social. Em diversos contextos culturais e institucionais, a loucura foi frequentemente associada ao perigo, à imprevisibilidade e à incapacidade de viver em sociedade. Essa representação sustenta práticas de isolamento, como o confinamento de indivíduos em hospitais psiquiátricos, a segregação de espaços públicos e a exclusão do mercado de trabalho. Em estudos que analisam a interação entre indivíduos considerados loucos e suas comunidades, observa-se que há um padrão de distanciamento e rejeição social, muitas vezes impulsionado

pelo medo e pela percepção da loucura como uma força descontrolada (Angermeyer & Matschinger, 1999; Foster, 2001; Moraes & Oltramari, 2006; Rocha et al., 2022).

Paralelamente, algumas práticas de acolhimento e assistência são observadas, particularmente nos contextos em que a loucura é vista como uma condição passível de cuidado e não apenas como uma ameaça. Nesses cenários, os indivíduos que sofrem de transtornos mentais são recebidos em estruturas comunitárias, seja através de residências terapêuticas, CAPS ou até mesmo pelo acolhimento familiar. Essas práticas refletem uma mudança na concepção da loucura, que passa a ser compreendida não como um fenômeno exclusivamente patológico, mas como uma condição de sofrimento psíquico que pode ser abordada com intervenções humanizadas e inclusivas (Jodelet, 1989; Pereira, 2003; Ribeiro & Avellar, 2017; Santos & Eskinazi, 2022).

No âmbito das práticas institucionais, observa-se que as representações da loucura influenciam a forma como os profissionais de saúde lidam com os indivíduos diagnosticados com transtornos mentais. Em contextos onde predomina uma visão biomédica da loucura, a ação tende a se basear na medicalização e no controle, muitas vezes reforçando a ideia de que os indivíduos necessitam ser contidos por meio de medicação e internação. Essa abordagem, apesar de oferecer um tratamento estruturado em dispositivos de saúde, pode negligenciar aspectos subjetivos e sociais da experiência da loucura, resultando em práticas que perpetuam a desumanização dos pacientes (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Sartori, 2015).

Por outro lado, em contextos em que se adota um paradigma psicossocial, observa-se uma tendência maior à promoção da autonomia dos indivíduos, com ações que buscam a reinserção social, o fortalecimento dos laços comunitários e a valorização do diálogo no cuidado em saúde mental (Rosa & Bocci, 2012; Jorge & Bezerra, 2004; Maciel et al., 2011; Maciel, 2008; Amarante, 2005).

Os processos discutidos até aqui — da gênese das representações à polifasia cognitiva, incluindo objetivação, ancoragem e atitudes — articulam-se na estruturação e no funcionamento dos SRS, evidenciando sua dinâmica e interconexões. O Modelo Integrativo demonstrou que as representações da loucura emergem de interações dinâmicas entre o Ego, o Alter e o Objeto, sendo moduladas por universos de pensamento distintos e por diferentes processos cognitivos e afetivos que estruturam a percepção social do fenômeno. Estes processos interagem dialeticamente e se organizam em ecossistemas representacionais (SRS) que estruturam e dinamizam as RS da loucura. A seguir, apresentamos cada um dos SRS propostos neste trabalho.

## **2.8 Sistemas de Representações Sociais da Loucura**

O *SRS Biomédico* constitui um ecossistema representacional que estrutura e regula compreensões sobre a loucura a partir de paradigmas científicos e institucionais. Esse modelo sustenta-se na objetividade e na categorização diagnóstica, consolidando um discurso centrado na neurobiologia, na patologia e na intervenção clínica (Canguilhem, 2002; Foucault, 1978). As representações organizadas por esse SRS fundamentam a medicalização da experiência psíquica e a classificação nosográfica dos transtornos mentais, sustentando uma rede de significações que reforça o papel da psiquiatria como instância legítima de conhecimento e controle (Castel, 1978; Foucault, 1988).

Historicamente, esse modelo se consolidou no século XVIII com o estabelecimento da psiquiatria como disciplina médica, ancorando-se em classificações clínicas de Pinel e Esquirol (Maciel, 2008; Pereira, 2004). Seu desenvolvimento está ligado à evolução dos sistemas hospitalares e à institucionalização da loucura como objeto de intervenção biomédica (Foucault, 1978). Ao longo do século XX, a expansão dos manuais diagnósticos, como o DSM e a CID, fortaleceu a abordagem nosológica, promovendo a categorização sistemática dos transtornos mentais (Pichinine, 2024).

O SRS biomédico organiza as RS da loucura por meio de um aparato teórico-clínico que estrutura os significados em torno do diagnóstico, tratamento e prognóstico (Maciel et al., 2011; Sousa et al., 2018). Ele inter-relaciona categorias nosológicas, definindo limites entre normalidade e patologias psíquicas, alicerçando sua estruturação na evidência empírica e na farmacoterapia (Angermeyer & Matschinger, 1999; Castel, 1978). A estruturação desse sistema reforça práticas de intervenção, consolidando a psiquiatria enquanto dispositivo de regulação da subjetividade (Foucault, 1978, 1988).

O metassistema do SRS Biomédico atua como um mecanismo regulador e avaliativo, garantindo a coerência e a adaptação das representações da loucura às transformações científicas e culturais (Neves et al., 2017). Ele integra novas evidências neurocientíficas, ajusta classificações psiquiátricas e reconfigura diretrizes terapêuticas para garantir a estabilidade do paradigma biomédico (Costa et al., 2016). Ademais, o metassistema responde a críticas sociais, assimilando abordagens alternativas como a reforma psiquiátrica, sem abrir mão da primazia biomédica (Queiroga & Souza, 2022).

A articulação dinâmica desse SRS ocorre por meio da objetivação e da ancoragem, processos sociocognitivos fundamentais para a estabilidade e evolução das representações (Moscovici, 1978). A objetivação transforma a loucura em uma entidade nosológica concreta por meio de três processos: na seleção e adaptação, são destacados aspectos neurobiológicos da loucura e descartadas influências socioculturais; na formação do núcleo figurativo, a loucura é sintetizada em categorias diagnósticas como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão (Sousa et al., 2018); e, por fim, na naturalização e categorização, essas classificações tornam-se parte do cotidiano, influenciando discursos médicos, midiáticos e institucionais.

A ancoragem desse modelo também ocorre de diferentes formas: psicológica, ao gerar identificação entre indivíduos e seus diagnósticos; emocional, ao associar a loucura a medos e

expectativas sociais (Macêdo, 2001); sociológica, ao sustentar a psiquiatria como campo de saber-poder (Brito & Catrib, 2004); psicossocial, ao interligar a percepção da loucura às dinâmicas de exclusão e reinserção social (Serafim et al., 2017); e semântica, ao consolidar a loucura na linguagem cotidiana como doença e disfunção (Rose, 1998; Santos & Eskinazi, 2022).

As redes de significados estruturadas por esse SRS conectam as representações da loucura a práticas institucionais e normas sociais que consolidam a patologização do sofrimento psíquico (Campos, 2013). Esse modelo influencia diretamente políticas de saúde mental, legislações e programas de intervenção, como a expansão do DSM e da CID, que definem os critérios de normalidade e desvio (Pichinine, 2024).

A dimensão psicossocial desse SRS se manifesta na interação entre discursos sociais e identidades coletivas. O modelo biomédico reforça a posição de especialistas e profissionais de saúde mental como mediadores legítimos do sofrimento psíquico (Serafim et al., 2017). No entanto, também enfrenta resistências, como os movimentos antimanicomiais e as abordagens psicossociais que questionam sua hegemonia (Basaglia, 2005; Queiroga & Souza, 2022).

Por fim, os processos de legitimação e sustentação desse SRS se dão por meio da institucionalização do discurso psiquiátrico e de sua incorporação nas práticas cotidianas (Foucault, 1978; Moura & Maciel, 2024). A normalização da medicalização da vida e da hiperinflação diagnóstica reforçam sua permanência, ao passo que seu poder de regulação social legitima práticas como a internação compulsória (Wacquant, 2010; Lemos, 2013).

Dessa forma, o SRS Biomédico da Loucura opera como um sistema dinâmico que organiza, regula e sustenta RS da loucura, equilibrando permanência e mudança, e garantindo sua influência sobre políticas, discursos e práticas institucionais.

O *SRS Psicológico* constitui um ecossistema representacional que organiza e regula compreensões sobre a loucura a partir de paradigmas psicológicos, enfatizando processos subjetivos, relações intersubjetivas e fatores socioculturais. Diferente do modelo biomédico, esse SRS desloca o foco da loucura da dimensão estritamente neurobiológica para a experiência psíquica do sujeito, compreendendo-a como um fenômeno dinâmico, interativo e historicamente situado (González-Rey, 1997, 2015; Canguilhem, 2002). Ao integrar elementos da subjetividade, da construção de sentidos e das interações sociais, esse SRS oferece uma perspectiva ampliada da loucura, permitindo sua ressignificação para além dos enquadramentos patológicos tradicionais (Foucault, 1978, 1988).

Historicamente, esse modelo emergiu como uma resposta à hegemonia biomédica na compreensão da loucura, consolidando-se especialmente no século XX com o avanço da psicanálise, da psicologia humanista e das abordagens psicossociais (Fromm, 1973, 1976; González-Rey, 1997). Freud inaugurou uma abordagem que vinculava a loucura às dinâmicas inconscientes e à história psíquica do sujeito, enquanto a psicologia humanista enfatizou o sofrimento psíquico como parte da condição humana, em oposição à sua patologização (Schultz & Schultz, 2002; Roudinesco & Plon, 1998; Schneider, 2011; Campos, 2013). A emergência da psiquiatria comunitária e dos modelos psicossociais reforçou essa perspectiva, valorizando o protagonismo do indivíduo e a importância do contexto social na experiência da loucura (Basaglia, 2005; Amarante, 2005; Serafim et al., 2017; Queiroga & Souza, 2022).

O SRS Psicológico organiza e estrutura as representações da loucura por meio de conceitos psicológicos centrais, como subjetividade, sofrimento psíquico, desenvolvimento emocional e interação social (González-Rey, 1997, 2015). Diferente do modelo biomédico, que categoriza a loucura em termos diagnósticos fixos, o sistema desse SRS enfatiza a plasticidade das experiências psíquicas, compreendendo-as dentro de um espectro de sentidos que varia conforme história pessoal e contexto sociocultural (Costa et al., 2016). Esse sistema articula-

se por meio da interpretação simbólica dos sintomas e da análise das dinâmicas relacionais envolvidas na construção da loucura (Campos, 2013; Caponi & Valencia, 2013).

O metassistema do SRS Psicológico desempenha uma função reguladora, ajustando e reinterpretando as representações da loucura de acordo com transformações nos paradigmas psicológicos e sociais (Neves et al., 2017). Ele permite a incorporação de novas abordagens sobre o sofrimento psíquico, promovendo deslocamentos conceituais que questionam a rigidez diagnóstica e enfatizam a dimensão subjetiva da experiência (Sousa et al., 2018). Esse metassistema também responde a mudanças culturais e históricas, absorvendo influências das ciências sociais, das epistemologias críticas e dos discursos sobre direitos humanos na saúde mental (Queiroga & Souza, 2022; Cavalcante, 2020).

A articulação dinâmica desse SRS ocorre por meio da objetivação e da ancoragem, processos que permitem a estabilização e a reconfiguração das RS (Moscovici, 1978). Na objetivação, a seleção e adaptação filtram as concepções psicológicas da loucura, destacando aspectos como trauma, sofrimento e subjetividade (Brito & Catrib, 2004). O núcleo figurativo emerge em imagens simbólicas como "traumas" ou "desconexão da realidade", que condensam as representações do sofrimento psíquico (Macêdo, 2001). A naturalização e a categorização integram essas imagens ao cotidiano, influenciando práticas terapêuticas e discursivas (Campos, 2013).

A ancoragem ocorre de diversas formas: psicológica, ao relacionar a loucura a experiências individuais (Maciel et al., 2011); emocional, ao associá-la ao medo ou à empatia (Sousa et al., 2018); sociológica, ao influenciar práticas institucionais como terapia e reabilitação (Serafim et al., 2017); psicossocial, ao considerar as interações que moldam a experiência da loucura (Jodelet, 1989); e semântica, ao conectar o sofrimento psíquico a representações coletivas sobre emoção e bem-estar (Alves et al., 2009).

As redes de significados estruturadas por esse SRS articulam as representações da loucura a práticas psicológicas, normas culturais e discursos sobre identidade e subjetividade, consolidando um campo de sentidos que orienta tanto a percepção social quanto as intervenções no fenômeno da loucura (Campos, 2013). A dimensão psicossocial desse SRS se expressa na intersecção entre discursos psicológicos e identidades coletivas, moldando as dinâmicas de estigma e aceitação da loucura na sociedade (Maciel et al., 2011; Wagner et al., 1999).

A legitimação e a sustentação desse SRS ocorrem por meio da institucionalização das abordagens psicológicas e de sua incorporação em práticas sociais, como psicoterapia, reabilitação e programas de saúde mental comunitária, reforçando sua presença no cotidiano e nas políticas de atenção à saúde mental (Serafim et al., 2017; Queiroga & Souza, 2022). Seu impacto se evidencia na formulação de políticas públicas que buscam integrar perspectivas psicossociais, promovendo a ressignificação da loucura enquanto experiência subjetiva, em contraste com visões exclusivamente patológicas (González-Rey, 2015).

O *SRS Sociocultural* constitui um ecossistema representacional que organiza e regula compreensões sobre a loucura a partir das dinâmicas históricas, culturais e sociais que estruturam as experiências humanas. Diferente dos modelos biomédico e psicológico, esse SRS enfatiza a construção social da loucura, compreendendo-a como um fenômeno atravessado por relações de poder, normativas culturais e discursos ideológicos (Foucault, 1978, 1988; Berger & Luckmann, 2003). Ele se baseia na premissa de que as concepções sobre loucura são mutáveis, variando conforme contextos históricos e estruturas de controle social, sendo modeladas por instituições como a religião, a família, o Estado e a mídia (Campos, 2013; Moura & Maciel, 2024).

Historicamente, esse modelo emergiu na intersecção entre as ciências sociais e a história da psiquiatria, consolidando-se como uma crítica à redução da loucura a uma dimensão

exclusivamente patológica. Na Antiguidade, a loucura era explicada por sistemas mítico-religiosos, sendo ora divinizada, ora demonizada, como nos relatos de possessão e profecia (Silveira & Braga, 2005; Alves et al., 2009). No período medieval, a Igreja estruturou sua interpretação como desvio espiritual, reforçando a marginalização dos insanos (Bankhead, 2016). Com o advento da Modernidade, a loucura foi progressivamente enclausurada e associada à improdutividade social, culminando na Grande Internação do século XVII e na ascensão da psiquiatria disciplinar (Foucault, 1978; Batista, 2014). No contemporâneo, observa-se a coexistência de diferentes representações, que vão da patologização científica à resistência antimanicomial (Basaglia, 2005; Queiroga & Souza, 2022).

Este sistema organiza as representações da loucura ao estruturar significados baseados em categorias sociais, históricas e simbólicas que moldam as percepções e práticas em relação aos sujeitos considerados insanos (González-Rey, 1997, 2015). Interliga discursos institucionais e cotidianos, sustentando narrativas que vinculam a loucura a papéis sociais marginalizados e práticas de exclusão ou integração social (Cavalcante, 2020). Ademais, é marcado pela polifasia cognitiva, possibilitando a coexistência de explicações tradicionais, religiosas e científicas em diferentes culturas (Wagner et al., 1999; Narter, 2006).

O metassistema do SRS Sociocultural desempenha uma função reguladora ao ajustar e reconfigurar as representações da loucura conforme mudanças sociais e políticas, garantindo sua adaptação a novos contextos culturais (Neves et al., 2017). Ele incorpora transformações nos discursos sobre loucura, assimilando influências da Reforma Psiquiátrica, dos direitos humanos e da luta antimanicomial (Serafim et al., 2017; Queiroga & Souza, 2022). Dessa forma, regula os significados atribuídos à loucura, oscilando entre a reprodução de estigmas e a promoção de discursos de inclusão e ressignificação (Coudin, 2013; Santos & Eskinazi, 2022).

A articulação dinâmica desse SRS ocorre por meio da objetivação e da ancoragem, processos que permitem a estabilização e a evolução das RS (Moscovici, 1978). A objetivação transforma a loucura em um fenômeno visível e tangível, através da seleção e adaptação de elementos como improdutividade, irracionalidade e periculosidade (Sanford, 2000; Rose, 1998). A formação do núcleo figurativo cristaliza essas representações em imagens ambíguas (como perigo e liberdade) que circulam em práticas culturais e discursos midiáticos (Albuquerque, 2024; Costa, 2024). Por fim, a naturalização e a categorização incorporam esses signos ao cotidiano, moldando a percepção social da loucura e justificando políticas de controle ou inclusão (Maciel et al., 2011). A ancoragem desse SRS ocorre de diversas formas: psicológica, ao conectar a loucura a experiências individuais e familiares (Sousa et al., 2018); emocional, ao associá-la ao medo e ao fascínio (Macêdo, 2001); sociológica, ao vinculá-la a sistemas de poder e exclusão (Jodelet, 1989; Wacquant, 2010); psicossocial, ao integrá-la às interações e normativas sociais (Campos, 2013); e semântica, ao conectá-la a categorias como "anormalidade" e "transgressão" (Santos et al., 2021).

As redes de significados estruturadas por esse SRS articulam as representações da loucura a crenças, práticas culturais e discursos institucionais que moldam sua percepção social e regulam sua aceitação e manejo pela coletividade (Machado, 2004; Mattos & Ferreira, 2004). Sua dimensão psicossocial emerge da interseção entre discursos culturais, relações intergrupais e identidades sociais, exercendo um papel central nas dinâmicas de estigma e legitimação da loucura (Maciel et al., 2011; Wagner et al., 1999).

Os processos de sustentação e consolidação desse SRS ocorrem por meio da institucionalização de discursos sobre a loucura e sua incorporação em normas e políticas sociais, perpetuando esquemas interpretativos que orientam intervenções e regulamentações (Foucault, 1978; Moura & Maciel, 2024). Esse SRS não apenas influencia decisões jurídicas, modelos assistenciais e políticas de saúde mental, mas também é alvo de contestações e

ressignificações promovidas por movimentos sociais e formas de resistência cultural, que tensionam seus alicerces normativos e propõem alternativas à sua hegemonia (Cavalcante, 2020; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

O *SRS Filosófico-Existencial* da loucura constitui um ecossistema representacional que organiza e regula compreensões sobre a loucura a partir de um viés ontológico, fenomenológico e existencial. Diferente dos modelos biomédico, psicológico e sociocultural, esse SRS desloca a loucura do campo da patologia e da construção social para uma dimensão mais profunda da condição humana, tratando-a como um fenômeno ligado à liberdade, à angústia, à alteridade e às fronteiras da razão (Canguilhem, 2002; Foucault, 1978; González-Rey, 2015). Esse modelo enfatiza a questão do sentido e do não sentido, problematizando os limites entre normalidade e desrazão e explorando a relação entre o delírio, a experiência subjetiva e a percepção do real (Fromm, 1973, 1976; Jaspers, 1963).

Historicamente, esse modelo emerge das interseções entre a filosofia, a psiquiatria e a fenomenologia. Na Antiguidade, Platão distinguia uma "loucura divina" como fonte de criatividade e iluminação (Montenegro, 2014), enquanto Aristóteles associava a loucura ao descontrole emocional (Aristóteles, 1991). No pensamento medieval, Tomás de Aquino vinculava a razão à ordem divina, situando a loucura como uma forma de distanciamento da racionalidade (Bankhead, 2016). A Modernidade reforçou a cisão entre razão e loucura, sobretudo com o cartesianismo, que relegou o insano ao campo da irracionalidade absoluta (Descartes, 2005). No entanto, a fenomenologia e o existencialismo retomaram a questão da loucura como experiência fundamental da existência (Jaspers, 1963; Foucault, 1978), deslocando-a do estatuto de doença para um modo singular de relação com o mundo.

O SRS Filosófico-Existencial organiza as representações da loucura por meio de categorias como sentido e não sentido, subjetividade e alteridade, liberdade e determinação,

explorando a tensão entre loucura e normalidade (González-Rey, 1997, 2015). Esse sistema articula as percepções sobre a loucura com experiências limiares do ser, conectando-a às questões da finitude, da angústia e da crise existencial (Fromm, 1973; Canguilhem, 2002). Nesse sentido, a loucura é compreendida não como disfunção, mas como ruptura do familiar, alteração do horizonte de sentido e deslocamento das estruturas simbólicas cotidianas (Foucault, 2006; Jaspers, 1963).

O metassistema do SRS Filosófico-Existencial regula e reconfigura as representações da loucura conforme variações nos discursos filosóficos e nas concepções existenciais do sofrimento psíquico (Neves et al., 2017). Esse metassistema possibilita uma leitura da loucura como experiência de alteração da consciência e do tempo, absorvendo elementos da filosofia fenomenológica, da hermenêutica e da psiquiatria existencial (Campos, 2013; Caponi & Valencia, 2013; Schneider, 2011). Ele também se adapta a mudanças culturais, questionando a categorização psiquiátrica e integrando interpretações que consideram a loucura um modo de experiência válido e não necessariamente patológico (González-Rey, 2015; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

A articulação dinâmica desse SRS ocorre por meio da objetivação e da ancoragem, que estruturam a relação entre sentido e simbolização da loucura (Moscovici, 1978). A objetivação permite transformar a loucura em uma imagem concreta através da seleção e adaptação de elementos como alienação, transcendência e ruptura com a normalidade (Macêdo, 2001). A formação do núcleo figurativo ocorre em torno de figuras como o "louco visionário", o "profeta insano" ou o "sujeito em crise", que sintetizam a compreensão existencial da loucura (Sanford, 2000; Sousa et al., 2018). Por fim, a naturalização e a categorização consolidam esses signos na linguagem cotidiana e na produção cultural, influenciando representações artísticas e filosóficas (Santos et al., 2021).

A ancoragem ocorre de diferentes formas: psicológica, ao conectar a loucura à identidade do indivíduo (Brito & Catrib, 2004); emocional, ao relacioná-la ao medo ou à fascinação (Sousa et al., 2018); sociológica, ao vinculá-la a normas culturais que delimitam a normalidade (Jodelet, 1989); psicossocial, ao associá-la a dinâmicas intersubjetivas (Campos, 2013); e semântica, ao ligá-la a conceitos como "iluminação" e "desrazão" (Moura & Maciel, 2024).

As redes de significados estruturadas por esse SRS articulam as representações da loucura a discursos filosóficos, práticas artísticas e expressões culturais que exploram a interseção entre insanidade e criatividade (Foster, 2001; Costa, 2024). Sua dimensão psicossocial emerge na interação entre discursos existenciais, relações intersubjetivas e identidades coletivas, favorecendo interpretações da loucura como uma experiência constitutiva da existência humana (Wagner et al., 1999; Basaglia, 2005). E os processos de legitimação e sustentação desse SRS ocorrem por meio da difusão de discursos filosóficos e artísticos que ressignificam a loucura, ampliando sua compreensão para além do viés patológico (Foucault, 1978; Moura & Maciel, 2024). Esse modelo influencia tanto os debates acadêmicos quanto as produções culturais, contribuindo para o deslocamento das fronteiras entre normalidade e desrazão, ao inscrever a loucura em um campo de significação que desafia reduções biomédicas e normativas (Cavalcante, 2020; Pichinine, 2024).

O *SRS Espiritual-Religioso* da loucura constitui um ecossistema representacional que organiza e regula compreensões sobre a loucura a partir de paradigmas espirituais, religiosos e cosmológicos. Diferente dos modelos biomédico, psicológico, sociocultural e filosófico-existencial, esse SRS desloca a loucura do campo da patologia e da construção social para uma dimensão transcendental, interpretando-a como fenômeno vinculado à comunicação com o sagrado, à possessão espiritual, à provação moral ou à iluminação mística (Silveira & Braga, 2005; Morinis, 1985; Rajpal, 2021). Esse modelo enfatiza a relação entre loucura e

transcendência, problematizando os limites entre experiência psíquica, espiritualidade e normatividade social (Eromosele, 2021; Zhang, 2020).

Historicamente, esse modelo emerge de concepções ancestrais da loucura como fenômeno espiritual, presente em diversas culturas ao longo do tempo. Na Antiguidade, a loucura era frequentemente associada a possessão divina, como nas figuras de Cassandra, em Agamêmnon, e dos médiums oraculares de Delfos (Araújo, 2011). Na Idade Média, a Igreja Cristã reforçou a interpretação da loucura como desordem espiritual, muitas vezes relacionada a influências demoníacas (Bankhead, 2016). Em contrapartida, tradições orientais, como a Ayurveda e o Unani na Índia, mantiveram compreensões holísticas da saúde mental, associando o sofrimento psíquico ao desequilíbrio dos humores e à conexão entre corpo e espírito (Rajpal, 2021). No âmbito africano, sistemas tradicionais, como os cultos de possessão e as práticas de cura espiritual, estruturaram formas comunitárias de lidar com a loucura (Sow, 1980; Patel, 1995). Com a colonização e a imposição da psiquiatria ocidental, muitas dessas perspectivas foram marginalizadas, mas não erradicadas, levando à formação de epistemologias híbridas (Baum, 2018; Eromosele, 2021).

No SRS Espiritual-Religioso, o sistema organiza as representações da loucura por meio de categorias teológicas, míticas e rituais que estruturam significados atribuídos à experiência do sofrimento psíquico (González-Rey, 1997, 2015). Esse sistema articula a loucura com experiências liminares entre o humano e o divino, conectando-a a processos de purificação espiritual, provção moral ou comunicação transcendental (Fromm, 1973; Morinis, 1985). Assim, a loucura pode ser compreendida tanto como maldição e punição quanto como dom e elevação, a depender da estrutura teológica em que está inserida (Sow, 1980; Rajpal, 2021).

O metassistema do SRS Espiritual-Religioso regula e reconfigura as representações da loucura conforme transformações nas doutrinas religiosas, nos discursos espirituais e nas

práticas culturais que os sustentam (Neves et al., 2017). Esse metassistema absorve influências das interações entre psiquiatria e religião, reconfigurando categorias diagnósticas dentro de narrativas espirituais ou convertendo experiências místicas em estados clínicos (Eromosele, 2021). Ele também se adapta a mudanças sociopolíticas, como as reformas psiquiátricas e o movimento de descolonização do cuidado em saúde mental, que buscam resgatar epistemologias locais de compreensão da loucura (Linde, 2002; Zhang, 2020).

A articulação dinâmica desse SRS ocorre por meio da objetivação e da ancoragem, que estruturam a relação entre loucura e espiritualidade (Moscovici, 1978). A objetivação transforma a loucura em uma entidade concreta através da seleção e adaptação de elementos como éxtase místico, possessão espiritual e provção divina (Macêdo, 2001). A formação do núcleo figurativo ocorre em torno de imagens como o "profeta visionário" ou o "possuído pelo mal", que sintetizam diferentes compreensões da loucura (Sanford, 2000; Sousa et al., 2018). A naturalização e a categorização consolidam essas imagens em práticas rituais e discursos teológicos, influenciando exorcismos, rituais de purificação e tratamentos espirituais (Santos et al., 2021). A ancoragem ocorre de diferentes formas: psicológica, ao conectar a loucura à identidade religiosa do indivíduo (Brito & Catrib, 2004); emocional, ao associá-la ao medo ou à devoção (Sousa et al., 2018); sociológica, ao vinculá-la a sistemas de poder religioso (Jodelet, 1989); psicossocial, ao associá-la a dinâmicas de purificação ou condenação (Campos, 2013); e semântica, ao ligá-la a conceitos como "prova divina" e "perturbação maligna" (Moura & Maciel, 2024).

As redes de significados estruturadas por esse SRS conectam as representações da loucura a crenças religiosas, práticas espirituais e discursos teológicos que regulam sua percepção na sociedade (Patel, 1995; Zhang, 2020). A dimensão psicossocial desse SRS se manifesta na interação entre discursos religiosos, rituais coletivos e identidades sociais,

promovendo leituras alternativas da loucura enquanto dimensão da espiritualidade (Wagner et al., 1999; Basaglia, 2005).

Os processos de legitimação e sustentação desse SRS ocorrem através da disseminação de discursos religiosos e práticas espirituais que ressignificam a loucura, promovendo sua compreensão para além do patológico (Foucault, 1978; Moura & Maciel, 2024). Esse modelo influencia tanto os debates acadêmicos quanto práticas devocionais, contribuindo para a persistência da dimensão espiritual na interpretação da loucura (Cavalcante, 2020; Pichinine, 2024).

Por fim, o *SRS Artístico-Criativo* da loucura constitui um ecossistema representacional que organiza e regula compreensões sobre a loucura a partir de suas interseções com a arte, a criatividade e a expressão simbólica. Diferente dos modelos biomédico, psicológico, sociocultural, filosófico-existencial e espiritual-religioso, esse SRS desloca a loucura do campo da patologia e da construção social para a dimensão da produção estética e do gênio criativo, abordando-a como força propulsora da arte e da inovação (Dias et al., 2003; Franceschini & Fonseca, 2017). Nesse modelo, a loucura é compreendida como ruptura das convenções estabelecidas e abertura para novas formas de percepção e representação do mundo (Providello & Yasui, 2013; Thomazoni & Fonseca, 2011).

Historicamente, esse modelo emerge da relação entre loucura e crédito criativo, atravessando a filosofia, a história da arte e os estudos da expressão humana. Na Antiguidade, Platão distinguia a "loucura divina", que concedia inspiração aos poetas e artistas, da loucura patológica (Montenegro, 2014). Aristóteles associava a criatividade extrema à melancolia e ao desequilíbrio emocional, apontando que muitos gênios artísticos eram também acometidos por distúrbios psíquicos (Aristóteles, 1991). Com o Renascimento, artistas como Bosch e Goya exploraram representações visuais da insanidade, ao passo que o Romantismo celebrou o louco

como figura visionária e rebelde, expressa nas obras de Blake, Van Gogh e Artaud (Franceschini & Fonseca, 2017). No século XX, as pesquisas de Nise da Silveira no Museu de Imagens do Inconsciente consolidaram a arte como meio de expressão terapêutica e reconfiguração subjetiva da loucura (Dias et al., 2003).

No SRS Artístico-Criativo, o sistema organiza as representações da loucura por meio de categorias estéticas e simbólicas que vinculam a experiência psíquica à criatividade e à produção cultural (González-Rey, 1997, 2015). Esse sistema articula a loucura como forma de comunicação com esferas não convencionais da percepção, valorizando sua dimensão expressiva e sua capacidade de subverter lógicas normativas (Foucault, 1978; Thomazoni & Fonseca, 2011). Assim, a loucura pode ser compreendida como fluxo criativo indomável ou como experiência de descontinuidade simbólica que permite novas configurações estéticas e discursivas (Providello & Yasui, 2013).

O metassistema do SRS Artístico-Criativo regula e reconfigura as representações da loucura conforme transformações na arte, na cultura e na história da subjetividade (Neves et al., 2017). Esse metassistema absorve influências das interações entre psiquiatria, expressão artística e terapias alternativas, ressignificando a loucura como forma legítima de subjetivação e ruptura estética (Franceschini & Fonseca, 2017). Ele também se adapta às mudanças nas políticas de saúde mental, que cada vez mais reconhecem o potencial da arte como ferramenta de expressão e reinserção social (Dias et al., 2003).

A articulação dinâmica desse SRS ocorre por meio da objetivação e da ancoragem, que estruturam a relação entre loucura e crédito artístico (Moscovici, 1978). A objetivação transforma a loucura em uma entidade estética através da seleção e adaptação de elementos como gênio criativo, ruptura perceptiva e expressão extrema (Macêdo, 2001). A formação do núcleo figurativo ocorre em torno de imagens como "o artista louco", que sintetizam diferentes

compreensões da loucura (Sanford, 2000; Sousa et al., 2018). A naturalização e a categorização consolidam essas imagens em práticas artísticas e discursos culturais, influenciando movimentos como o surrealismo, a arte bruta e o expressionismo (Santos et al., 2021). A ancoragem ocorre de diferentes formas: psicológica, ao conectar a loucura à identidade do criador (Brito & Catrib, 2004); emocional, ao associá-la ao sofrimento romântico e à paixão criativa (Sousa et al., 2018); sociológica, ao vinculá-la a discursos sobre arte e transgressão (Jodelet, 1989); psicossocial, ao associá-la à liberdade expressiva e à marginalização social (Campos, 2013); e semântica, ao ligá-la a conceitos como "desvario poético" e "inspiração divina" (Moura & Maciel, 2024).

As redes de significados estruturadas por esse SRS conectam as representações da loucura a práticas artísticas, discursos estéticos e produções culturais que regulam sua percepção na sociedade (Thomazoni & Fonseca, 2011; Providello & Yasui, 2013). A dimensão psicossocial desse SRS se manifesta na interação entre discursos culturais, movimentos artísticos e relações intersubjetivas, promovendo leituras alternativas da loucura enquanto força criativa (Wagner et al., 1999; Basaglia, 2005). Os processos de legitimação e sustentação desse SRS ocorrem através da disseminação de discursos artísticos e práticas culturais que ressignificam a loucura, promovendo sua compreensão para além do patológico (Foucault, 1978; Moura & Maciel, 2024). Esse modelo influencia tanto os debates acadêmicos quanto práticas curatoriais, contribuindo para a relação entre loucura, arte e subjetividade (Cavalcante, 2020; Pichinine, 2024).

## 2.9 A Estrutura da Representações Sociais da loucura

As RS da loucura são estruturadas por uma organização hierárquica composta por dois subsistemas: o núcleo central e o sistema periférico. O núcleo central constitui a base das RS, sendo responsável pela estabilidade e coerência da representação, enquanto o sistema periférico permite adaptações contextuais e individuais, protegendo o núcleo central e regulando as práticas sociais (Abric, 1994; Parreira et al., 2024).

O núcleo central das RS da loucura é formado por elementos consensuais profundamente enraizados na memória coletiva e cultural. Estudos indicam que, em contextos ocidentais, a loucura é frequentemente associada a conceitos como doença mental, perigo, irracionalidade e transtornos psiquiátricos (Moura, 2021; Angermeyer & Matschinger, 1999; Sartori, 2015). A construção desse núcleo central é influenciada por discursos biomédicos e pelo histórico de exclusão dos indivíduos considerados "loucos", sustentando a percepção de que a loucura é uma condição permanente que necessita de controle e tratamento especializado (Pereira, 2003a; Rosa & Bocci, 2012).

Por outro lado, o sistema periférico é mais flexível e inclui elementos que permitem nuances nas percepções sobre a loucura. Representações mais dinâmicas incluem a visão da loucura como sofrimento psíquico intenso, experiência subjetiva ou mesmo como uma dimensão criativa e mística (Barros & Jorge, 2011; Brito & Catrib, 2004; Pigeon-Gagné et al., 2023). Elementos como tristeza, isolamento, excentricidade e paixão intensa emergem nesse sistema, demonstrando como as representações podem oscilar entre estigmatização e uma forma de subjetividade não necessariamente negativa (Barbosa & Costa, 2023; Pavez et al., 2017).

As RS da loucura cumprem diversas funções sociais. A função do saber organiza e estrutura o conhecimento sobre a loucura, permitindo que os indivíduos compreendam o

fenômeno com base em categorias familiares. Estudos revelam que a loucura frequentemente se ancora no paradigma biomédico, associada a transtornos mentais e à necessidade de tratamento psiquiátrico (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Santos & Eskinazi, 2022). Ao mesmo tempo, há a coexistência de explicações místicas e culturais, como crenças em possessão espiritual e punição divina (Wagner et al., 1999; Pigeon-Gagné et al., 2023).

A função identitária das RS da loucura está relacionada à forma como grupos sociais se diferenciam dos indivíduos considerados "loucos". A loucura é vista como uma alteridade radical, que desafia a compreensão comum e gera sentimentos de medo e exclusão (Jodelet, 1989; Morant & Rose, 2002). Esse processo contribui para a manutenção de fronteiras sociais, separando o "normal" do "anormal", reforçando identidades individuais e coletivas (Mattos & Ferreira, 2004; Moura, 2021).

A função de orientação regula as interações sociais e as respostas individuais e institucionais diante da loucura. As RS influenciam decisões sobre internamento psiquiátrico, intervenções terapêuticas e políticas de saúde mental (Machado, 2004; Ribeiro & Avellar, 2017). Observa-se que, apesar dos avanços da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, a percepção de periculosidade associada à loucura ainda justifica a exclusão social e a busca por mecanismos de controle (Sanford, 2000; Sartori, 2015).

Por fim, a função justificadora serve para legitimar e racionalizar comportamentos e políticas voltadas para a loucura. Discursos que associam a loucura ao perigo e à imprevisibilidade sustentam medidas de contenção e exclusão, justificando o estigma e a marginalização dos indivíduos com transtornos mentais (Dantas & Chaves, 2007; Rocha et al., 2022). Ao mesmo tempo, há discursos que buscam ressignificar a loucura, promovendo abordagens mais inclusivas e humanizadas, como aquelas observadas em experiências de

cuidado comunitário e terapias alternativas (Honorato de Farias & Losada, 2022; Ribeiro & Avellar, 2017).

Em síntese, as RS da loucura são estruturadas por um núcleo central que perpetua representações estigmatizantes e patologizantes, sustentado pelo discurso biomédico e pelo histórico de exclusão social. No entanto, o sistema periférico introduz elementos que permitem variações nessas representações, incluindo percepções subjetivas, criativas e alternativas sobre a loucura. As RS influenciam a forma como a loucura é compreendida e tratada, moldando práticas sociais e políticas públicas, e revelam um campo dinâmico onde diferentes saberes coexistem e disputam espaço na construção do conhecimento social sobre a loucura.

### **3 Considerações Parciais**

O Modelo Integrativo das RS da Loucura, desenvolvido ao longo deste capítulo, reflete uma trajetória reflexiva marcada pela constante busca por uma compreensão mais ampla e inclusiva da loucura. Ancorado na TRS, o modelo articula múltiplas dimensões, como a biomédica, psicológica, sociocultural, espiritual, filosófica e criativa, oferecendo uma visão complexa e diversificada sobre a construção social da loucura. Esta abordagem pluralista e polifônica evita reducionismos, reconhecendo a coexistência de diferentes formas de saber e racionalidades que caracterizam as sociedades contemporâneas.

Um dos principais pontos fortes do modelo é sua capacidade de integrar múltiplos sistemas de saberes, proporcionando uma compreensão mais rica da loucura. Ao incluir dimensões que vão além do saber biomédico, como a espiritualidade, a cultura e a criatividade, o modelo oferece uma abordagem verdadeiramente inclusiva, capaz de captar as complexidades inerentes às representações da loucura. Essa flexibilidade torna o modelo aplicável em uma ampla gama de contextos e permite que seja ajustado de acordo com as especificidades culturais e sociais de diferentes grupos, ampliando o seu alcance e relevância.

A ênfase na polifasia cognitiva, que permite a convivência de saberes científicos e populares, também se destaca como um ponto positivo significativo. Essa capacidade de lidar com diferentes formas de conhecimento de maneira simultânea reflete a realidade das RS da loucura em diversos contextos. O modelo reconhece que essas representações não são estáticas, mas dinâmicas, sendo continuamente influenciadas por interações entre sistemas de saberes e crenças. Essa característica torna o modelo especialmente valioso para estudos que busquem entender como diferentes grupos sociais constroem e negociam seus entendimentos sobre a loucura.

Outro ponto forte do modelo é a atenção que ele dá à dimensão afetiva das RS. Ao reconhecer o papel central das emoções, sentimentos e afetos na construção e manutenção das representações da loucura, o modelo humaniza as análises e as torna mais sensíveis às experiências subjetivas dos indivíduos afetados. Essa abordagem é inovadora, pois vai além de uma visão puramente cognitiva ou racional das RS, incorporando a afetividade como um fator crucial na maneira como as pessoas vivenciam e interpretam a loucura.

Entretanto, como todo modelo teórico, nossa proposta apresenta algumas limitações que devem ser consideradas e trabalhada em desenvolvimentos futuros. Uma das principais dificuldades reside na complexidade de sua aplicação empírica. A integração de múltiplas dimensões pode exigir um esforço metodológico considerável, o que pode limitar sua implementação em pesquisas que disponham de menos recursos ou tempo. Além disso, a coexistência de saberes distintos pode gerar tensões internas, especialmente em contextos onde as diferentes racionalidades se chocam, como quando conhecimentos reificados entram em conflito com crenças culturais ou espirituais.

Outra limitação potencial é o risco de relativização excessiva. Embora o modelo valorize a pluralidade de saberes sua aplicação deve ser feita de forma crítica e reflexiva, com

especial atenção às implicações éticas e sociais de se legitimar determinadas representações. Apesar dessas limitações, o modelo oferece inúmeras oportunidades para pesquisas futuras. Um caminho promissor seria a aplicação do quadro teórico proposto em estudos empíricos que busquem analisar as representações da loucura em diferentes grupos populacionais, como profissionais de saúde mental, comunidades, ou em regiões com distintas tradições culturais e religiosas. Essas investigações poderiam explorar como os múltiplos sistemas de saberes interagem na construção das RS da loucura e como essas interações moldam práticas e atitudes em relação a indivíduos diagnosticados com transtornos mentais.

Outro campo de pesquisa que pode ser desenvolvido é o estudo da polifasia cognitiva em diferentes culturas. Investigações comparativas entre países ou grupos sociais podem oferecer novos insights sobre as variações e continuidades nas representações da loucura. Além disso, o modelo pode ser expandido para analisar objetos correlatos, como RS de doenças mentais específicas, permitindo uma aplicação mais ampla do quadro teórico e ajudando a aprofundar o entendimento das dinâmicas que envolvem essas condições.

Por fim, o modelo também pode ser útil na avaliação da eficácia de intervenções que visam modificar RS estigmatizantes da loucura. Pesquisas futuras poderiam investigar quais dimensões cognitivas e afetivas são mais suscetíveis a mudanças, ajudando a desenhar intervenções mais eficazes na promoção de uma compreensão mais humanizada e inclusiva das questões relacionadas à saúde mental.

Em síntese, o Modelo Integrativo das RS da Loucura oferece um quadro teórico robusto e flexível, que capta a complexidade e a multiplicidade dos sentidos atribuídos à loucura em diferentes contextos. Ao integrar múltiplos sistemas de saberes e dimensões afetivas, cognitivas e culturais, o modelo proporciona uma ferramenta analítica para compreender as dinâmicas sociais que moldam as representações da loucura. Embora apresente desafios metodológicos e

exigências críticas, o modelo abre novas possibilidades para pesquisas futuras, incentivando uma abordagem mais inclusiva, reflexiva e humana sobre a loucura e seus correlatos.

Para dar continuidade à análise teórica apresentada até aqui, o próximo capítulo apresenta um estudo empírico que busca utilizar os conceitos discutidos no Modelo Integrativo das RS da Loucura. Através de uma abordagem qualitativa e transversal, serão investigadas as percepções da população sobre a loucura, utilizando métodos como a Análise de Similitude, a Análise Prototípica e a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Esses métodos permitirão a identificação dos núcleos figurativos e das dimensões afetivas, sociais e culturais que moldam as RS da loucura, evidenciando a coexistência de diferentes sistemas de saberes e crenças.

*Ao debruçar-me sobre os doentes e seu destino, compreendi que as ideias de perseguição e as alucinações se formam em torno de um núcleo significativo. No fundo, há os dramas de uma vida, de uma esperança, de um desejo. Se não lhes compreendemos o sentido, é uma falha nossa. Nessas circunstâncias, compreendi pela primeira vez que na psicose jaz e se oculta uma psicologia geral da personalidade e nela se encontram todos os eternos incuráveis, obtusos, apáticos, se agita mais vida e sentido do que pensamos. No fundo, não descobrimos no doente mental nada de novo ou de desconhecido; encontramos nele as bases de nossa própria natureza (Carl Jung).*

# CAPÍTULO 6: Representações Sociais da Loucura entre Residentes da Paraíba

A obra abaixo é do artista Emygdio de Barros que, internado por anos em condições adversas, revelou talento para a pintura desafiando preconceitos psiquiátricos e sendo reconhecido no mundo da arte.



## ***CAPÍTULO 6: Representações Sociais da Loucura entre Residentes da Paraíba***

---

### **1 Introdução**

A TRS, desenvolvida por Serge Moscovici (1978), busca compreender os processos pelos quais conhecimentos socialmente compartilhados são construídos, transformados e difundidos em diferentes grupos sociais. Ela parte do princípio de que os indivíduos não são meros receptores passivos da informação, mas sim sujeitos ativos na construção e na negociação dos significados atribuídos aos fenômenos que os cercam. Nesse sentido, as RS emergem como sistemas de interpretação que possibilitam aos indivíduos dar sentido à realidade, orientando seus comportamentos e interações (Jodelet, 2002; Moscovici, 2000).

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir o estudo empírico das RS da loucura conduzido na etapa de coleta e análise de dados desta tese, empregando o Modelo Integrativo das RS da Loucura proposto no capítulo anterior como ferramenta de análise. Esse modelo, fundamentado tanto na TRS clássica quanto em suas contribuições contemporâneas<sup>43</sup> (Moscovici, 1978; Jodelet, 1989; Doise, 2014; Abric, 1994; Marková, 2017; Jovchelovitch, 2014; Oliveira, 2014; Wachelke, 2005; Vidrio, 2019; Moura & Maciel, 2024), visa integrar diversas dimensões que estruturam as RS, proporcionando uma compreensão mais abrangente e dialética desse fenômeno. O modelo proposto incorpora diferentes elementos teóricos e metodológicos que permitem analisar a complexidade das representações da loucura em seus aspectos intraindividuais, interindividuais, grupais e sociais.

O Modelo se estrutura em vários componentes fundamentais. Em primeiro lugar, ele se ancora na tríade Ego-Alter-Objeto, que destaca a interação entre o sujeito que representa (Ego),

---

<sup>43</sup> Consideramos a perspectiva clássica da TRS aquela que estabelece os fundamentos teóricos, explorando processos como objetivação, ancoragem e estrutura das representações, enquanto a perspectiva contemporânea expande a teoria para novas áreas, abordando dialogicidade, polifasia cognitiva, dimensões afetivas e aplicações interdisciplinares.

o outro que influencia e compartilha a representação (Alter) e o objeto representado (loucura). Esse eixo permite compreender como as RS da loucura são moduladas por diferentes atores sociais, variando conforme os discursos e contextos (Doise, 2014; Marková, 2017; Moscovici, 2000; Wachelke, 2005)

Outro componente essencial são as dimensões fundamentais das RS: informação, campo da representação e atitude. A dimensão da informação refere-se ao conhecimento acumulado sobre a loucura, originado de diferentes fontes, como mídia, ciência, tradição e experiências individuais. O campo da representação diz respeito à organização dos significados compartilhados, estruturando as ideias e valores que sustentam a RS da loucura. Já a dimensão atitudinal envolve a disposição subjetiva em relação ao objeto representado, influenciando as ações individuais e coletivas (Abric, 1994; Doise, 2014; Jodelet, 1989; Moscovici, 2003).

O modelo também considera os processos sociocognitivos de objetivação e ancoragem. A objetivação corresponde à transformação de conceitos abstratos em imagens concretas, tornando a loucura um fenômeno mais tangível por meio de metáforas, estereótipos e figuras simbólicas. A ancoragem, por sua vez, diz respeito ao processo de integração desse conhecimento no universo pré-existente dos sujeitos, permitindo que a loucura seja compreendida e interpretada a partir de esquemas cognitivos já familiares (Moscovici, 2000; Doise, 1992; Jodelet, 1989; Abric, 1994; Sá, 1996; Trindade, Santos & Almeida, 2014).

Além disso, a polifasia cognitiva é um elemento central do modelo, indicando que múltiplas formas de conhecimento podem coexistir e interagir no mesmo indivíduo ou grupo. Assim, é possível que a loucura seja simultaneamente representada entre diferentes discursos, dependendo do contexto e das necessidades de sentido dos atores sociais (Moscovici, 2000; Jovchelovitch, 2014; Aikins, 2012; Jodelet, 1989; Jodelet, 2005; Moura & Maciel, 2024).

Por fim, o modelo propõe a análise dos SRS, que englobam diferentes formas de conhecimento sobre a loucura: biomédico, psicológico, sociocultural, espiritual-religioso, filosófico-existencial e artístico-criativo. Esses sistemas interagem de forma dinâmica, promovendo ora convergências, ora tensões nas interpretações da loucura, refletindo as disputas de saberes que perpassam a história deste fenômeno (Félix et al., 2016; Moura & Maciel, 2024).

Portanto, o objetivo geral desse estudo é analisar as RS da loucura entre residentes da Paraíba, utilizando o Modelo Integrativo das RS da Loucura como referencial teórico para compreender os significados atribuídos à insanidade e seus impactos na construção social da realidade. Especificamente, o estudo busca: (1) identificar os elementos centrais e periféricos das RS da loucura; (2) mapear as diferentes formas de ancoragem e objetivação da loucura, considerando diferentes sistemas; (3) explorar a influência da polifasia cognitiva na coexistência de múltiplos significados das RS da loucura; (4) analisar a estrutura hierárquica das representações, destacando a organização dos discursos e sua segmentação em classes temáticas.

## **2 Método**

Estudo empírico, de natureza qualitativa, transversal e não-experimental com 200 participantes residentes no estado da Paraíba, selecionados por conveniência. Os critérios de inclusão exigiam idade mínima de 18 anos, concordância em participar e acesso à internet. A coleta de dados ocorreu via formulário online<sup>44</sup>, incluindo um questionário sociodemográfico, a TALP com o estímulo “loucura” e uma pergunta aberta. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPB (CAEE 12942419.9.0000.5188).

---

<sup>44</sup> Os itens do formulário podem ser encontrados na seção de Anexos.

Os dados sociodemográficos foram analisados no SPSS (versão 25) com estatísticas descritivas, enquanto os dados textuais foram processados no IRAMUTEQ (versão 0.7 alpha 2), utilizando análise prototípica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

### **2.1 Análise prototípica**

A análise prototípica identifica os elementos centrais e periféricos das RS a partir das evocações livres (Wachelke & Wolter, 2011). Considerando que amostras de cerca de 200 participantes garantem estabilidade nos achados (Wachelke, Wolter & Matos, 2016), os dados foram preparados<sup>45</sup> para o IRAMUTEQ, seguindo os procedimentos de lematização e ponto de corte de 3 (Camargo & Justo, 2018).

### **2.1 Classificação Hierárquica Descendente (CHD)**

A CHD organiza o discurso em classes temáticas homogêneas, identificando padrões lexicais e semânticos dentro do corpus textual (Camargo & Justo, 2018). O processo segmenta o material em Unidades de Contexto Elementares (UCEs) e, por meio de um processo descendente, agrupa-as de acordo com a proximidade lexical. Essa técnica permite visualizar a estrutura interna do discurso, evidenciando temas recorrentes nas RS dos participantes. Neste método, considera-se que a porcentagem de aproveitamento ideal é acima de 75%. Neste estudo a análise gerou um dendrograma<sup>46</sup> com aproveitamento satisfatório de 85,65%, refletindo a segmentação do corpus, cujos resultados serão discutidos adiante (Camargo & Justo, 2018).

---

<sup>45</sup> O procedimento de limpeza e preparação do banco de dados pode ser solicitado junto ao autor pelo e-mail ([linnikersoaresmoura@gmail.com](mailto:linnikersoaresmoura@gmail.com)). Decidimos este modo de acesso a este documento devido a quantidade de páginas. Adicionar ele ao final desta tese tornaria o documento final extenso demais e pouco funcional.

<sup>46</sup> Gráfico em forma de árvore que representa a relação hierárquica entre diferentes elementos, sendo amplamente utilizado na análise de agrupamentos (*cluster analysis*).

### 3 Resultados e Discussão

#### 3.1 Dados sociodemográficos

O grupo de participantes é composto exclusivamente por residentes do estado da Paraíba<sup>47</sup>, Brasil, e apresenta uma média de idade de 29,23 anos (DP = 10,13). Essa distribuição etária sugere a presença de múltiplas gerações, o que pode influenciar as RS, uma vez que diferentes gerações possuem perspectivas diversas sobre saúde mental, moldadas pelos contextos históricos e sociais em que cresceram (Souza, 2021).

Os Baby Boomers (1946-1964) foram educados em um contexto mais rígido e conservador, o que pode contribuir para visões mais tradicionais sobre transtornos mentais. A Geração X (1965-1980) acompanhou mudanças tecnológicas e sociais que levaram a maior valorização da autonomia e do bem-estar. A Geração Y (1981-1996), por sua vez, cresceu imersa na revolução digital e tem uma postura mais aberta a discussões sobre saúde mental, enquanto a Geração Z (1997-2012) e a Geração Alpha (a partir de 2013) enfrentam desafios singulares, como maior vulnerabilidade à ansiedade e depressão devido à hiperconectividade e exposição constante a redes sociais. Essas diferenças etárias podem modular a forma como os participantes percebem, vivenciam e expressam suas RS da loucura (Souza, 2021).

A distribuição de gênero da amostra indica um predomínio de pessoas que se identificam como mulheres (75,73%), seguidas por homens (22,33%), além de uma representação menor de indivíduos que se identificam como gênero não-binário (1,46%) e gênero fluido (0,49%). A predominância de participantes do gênero feminino também pode impactar as RS, uma vez que estudos indicam que o gênero exerce uma influência significativa nas percepções e experiências relacionadas à saúde mental.

---

<sup>47</sup> Isso não significa que os sujeitos são naturais deste estado, mas estavam residindo nele durante a pesquisa.

Segundo Alves (2017), desigualdades de gênero impactam a etiologia dos transtornos mentais, influenciando não apenas sua manifestação, mas também a busca por tratamento e o diagnóstico. As diferenças na construção sociocultural dos papéis de gênero refletem-se na forma como homens e mulheres percebem e relatam suas condições de saúde mental, além de influenciar a forma como são tratados por profissionais da área. A menor representatividade de outros gêneros pode indicar desafios futuros para próximas pesquisas, especialmente considerando que grupos de gênero não-hegemônicos frequentemente enfrentam barreiras no acesso à saúde mental e no reconhecimento de suas demandas específicas.

A escolaridade da amostra revela um perfil predominantemente qualificado, com a maioria dos participantes tendo ensino superior incompleto (37,5%) ou pós-graduação, abrangendo especialização, mestrado ou doutorado (33,93%). Além disso, um percentual significativo (21,43%) concluiu a graduação sem prosseguimento acadêmico posterior, enquanto uma parcela menor finalizou apenas o ensino médio (5,36%) ou possui formação técnica ou profissionalizante (1,79%). Essa distribuição pode influenciar a forma como os participantes elaboram suas representações, uma vez que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a uma maior exposição a discursos científicos e acadêmicos sobre saúde mental (Serafim et al., 2017). Segundo a pesquisa de Serafim et al., estudantes de Psicologia tendem a ancorar suas RS da loucura no modelo psicossocial de cuidado, enquanto estudantes de Medicina e Enfermagem são mais inclinados a perspectivas biomédicas. Essa tendência se reflete na maneira como diferentes grupos acadêmicos percebem e categorizam os transtornos mentais, influenciando suas atitudes em relação ao tratamento e à humanização dos cuidados em saúde mental.

No que se refere à filiação religiosa, a maior parte dos respondentes se declara cristã (52,86%), abrangendo católicos, protestantes e ortodoxos. Um percentual significativo se identifica como sem religião (34,29%), incluindo agnósticos, ateus e indivíduos não-religiosos.

Os demais participantes distribuem-se entre espiritualistas (5,71%), panreligiosos (1,43%), budistas (1,43%), candomblecistas (1,43%), espíritas (1,43%) e umbandistas (1,43%).

As crenças religiosas podem ter impactos positivos e negativos sobre as RS ao influenciar a forma como determinados fenômenos são percebidos, categorizados e naturalizados no imaginário coletivo. No aspecto positivo, a religião pode oferecer um senso de pertencimento, estrutura moral e apoio comunitário, contribuindo para a ressignificação de experiências e promovendo ações de solidariedade e inclusão. Além disso, pode favorecer a construção de significados que auxiliam na superação de adversidades e no fortalecimento da identidade individual e grupal (Machado, 1999; Dalgalarrodo, 2007; 2009; Huguelet & Koenig, 2009; Menezes-Júnior & Moreira-Almeida, 2009; Monteiro et al., 2020).

Por outro lado, as crenças religiosas também podem reforçar estigmas, exclusões e hierarquias sociais, especialmente quando associadas a interpretações dogmáticas ou fundamentalistas. No caso da loucura, por exemplo, certas doutrinas podem ancorá-la em concepções sobrenaturais, como possessões ou castigos divinos, o que pode dificultar abordagens científicas e inclusivas. Além disso, discursos religiosos podem ser mobilizados para justificar práticas discriminatórias ou para reforçar desigualdades estruturais, limitando a aceitação da diversidade e a adoção de políticas públicas mais equitativas (Machado, 1999; Dalgalarrodo, 2007; 2009; Huguelet & Koenig, 2009; Menezes-Júnior & Moreira-Almeida, 2009; Monteiro et al., 2020).

Quanto à ocupação, verifica-se que aproximadamente metade da amostra é composta por estudantes universitários (50,50%). O segundo maior grupo é formado por profissionais da saúde (16,50%), abrangendo médicos, enfermeiros, psicólogos e outros trabalhadores da área. Além desses, um grupo diversificado de outros profissionais e estudantes<sup>48</sup> (33,00%) está

---

<sup>48</sup> Nenhuma destas categorias obteve prevalência significativa o bastante para formar uma categoria única.

presente na amostra, incluindo profissionais administrativos, de tecnologia, artes, comunicação, recursos humanos, educação, vendas, marketing, setor industrial, construção civil, além de advogados e demais profissionais do direito.

Esse dado reforça a predominância de indivíduos diretamente envolvidos com o campo acadêmico e profissional da saúde, o que pode levar a uma representação mais tecnicista ou informada da loucura. Estudos como o de Farinhuk et al. (2021), indicam profissionais de saúde muitas vezes priorizam intervenções rápidas e resolutivas devido às demandas estruturais do sistema de saúde. Essa característica pode ser um fator relevante na amostra, considerando que parte dos participantes pode ter uma visão mais institucionalizada e biomédica sobre o cuidado em saúde mental, especialmente no que diz respeito ao uso de medicação e encaminhamentos especializados.

Quanto à distribuição socioeconômica, 36,99% dos participantes pertencem à classe média; 33,53% às classes baixa e média baixa; 24,86% à classe média alta e 4,62% à classe alta. A predominância de indivíduos de classe média e baixa nesse perfil pode influenciar diretamente as RS, especialmente no que diz respeito ao acesso a tratamentos e à percepção das políticas públicas de saúde mental. Como destacam Pires et al. (2023), a desigualdade socioeconômica impacta significativamente a forma como diferentes grupos acessam os serviços de saúde mental, influenciando não apenas o diagnóstico, mas também a adesão aos tratamentos.

Dessa forma, os dados sociodemográficos da amostra indicam um perfil predominantemente jovem, acadêmico e qualificado, composto majoritariamente por mulheres residentes na Paraíba, com significativa diversidade geracional e religiosa. Agora que conhecemos o perfil da amostra, avançaremos para os resultados das análises prototípica e CHD, utilizando como referência as discussões analítico-críticas desenvolvidas até o momento

nesta tese e os elementos do Modelo Integrativo das RS da Loucura e seus SRS, propostos no Capítulo 5.

### **3.3 Análise Prototípica**

Os resultados da análise prototípica foram organizados em uma tabela de quatro quadrantes (tabela 2) apresentada a seguir. O núcleo central é composto por palavras de alta frequência e baixa ordem média de evocação (OME); a primeira periferia abrange palavras de alta frequência e alta OME; a zona de contraste é caracterizada por palavras de baixa frequência e baixa OME; já a segunda periferia é formada por palavras de baixa frequência e alta OME.

A leitura dos quadrantes em uma análise prototípica segue uma ordem específica: inicia-se pelo primeiro quadrante (superior esquerdo); seguido pelo segundo quadrante (superior direito); depois pelo terceiro quadrante (inferior esquerdo); e, por fim, pelo quarto quadrante, no canto inferior direito (Camargo & Justo, 2018). O núcleo central e o sistema periférico próximo para os estudos das RS são os mais centrais e os recebem mais atenção, pois apresentam os elementos mais consensuais das representações compartilhadas pelo grupo estudado (Abric, 1993).

Tabela 2 - Quadrantes da Análise Prototípica<sup>49</sup>

&lt;= 2.94 | OME | &gt; 2.94

NÚCLEO CENTRAL			SISTEMA PERIÉRIFO PRÓXIMO (PRIMEIRA PERIFERIA)		
Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
Medo	31	2.6	Delírio	26	3.5
Doença	30	2.5	Sofrimento	17	4.2
Insanidade	30	2.1	Transtorno	16	3.6
Descontrole	24	2.9	Desespero	14	3.0
Violência	24	2.8	Psiquiatria	14	3.6
Anormal	22	2.9	Alucinação	13	3.6
Tristeza	18	2.9	Preconceito	12	3.2
Esquizofrenia	17	2.5	Solidão	10	3.0
Desequilíbrio	14	2.1	Isolamento	10	4.1
Louco	14	1.6	Angústia	9	4.2
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SISTEMA PERIFÉRICO DISTANTE (SEGUNDA PERIFERIA)		
Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
Loucura	7	2.1	Ansiedade	7	3.1
Confusão	7	2.3	Diferença	7	3.1
Liberdade	6	2.8	Maluco	7	4.3
Grito	6	2.7	Cuidado	7	3.0
Psicopatia	6	2.3	Mente	7	4.4
Inconsciência	5	2.2	Inquietação	7	4.4
Estigma	5	1.4	Suicídio	7	3.4
Desorientação	5	2.4	Incompreensão	6	3.2
Estresse	5	2.6	Paranoia	6	3.7
Família	5	2.2	Desamparo	6	3.5

**Legenda:** *f*: Frequência. *OME*: Ordem Média de Evocação.

A análise do núcleo central da representação da loucura revela um conjunto de elementos estruturantes e consensuais, fortemente influenciados pela psiquiatria. A presença dos termos "doença" e "esquizofrenia" evidencia a ancoragem da "insanidade" na lógica biomédica, que a define como uma condição clínica passível de diagnóstico e intervenção terapêutica. Esse enquadramento, consolidado na modernidade, deslocou a loucura de uma compreensão atrelada à perda da razão para uma perspectiva estritamente patológica, reduzindo sua complexidade e obscurecendo suas dimensões subjetivas, culturais e simbólicas (Foucault, 1978; Castel, 1978; Pessotti, 1994; Sevalho, 1993; Fromm, 1973, 1976; Pereira, 1997; Jodelet,

<sup>49</sup> A imagem original como retirada do programa pode ser encontrada na seção de Anexos ao final desta tese.

2005; Campos, 2013; Moura & Maciel, 2024; Santos & Eskinazi, 2022; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018).

A esquizofrenia exemplifica esse processo de objetivação da loucura como doença mental. Conforme apontam Sass et al. (2018), esse transtorno tornou-se o "símbolo sagrado" da psiquiatria, ao mesmo tempo em que figura entre os mais desafiadores da disciplina, dada a variabilidade, mutabilidade e estranheza de suas manifestações, além da incerteza de seus contornos diagnósticos. Sua recorrência nas representações da loucura sugere um processo de categorização que reduz a diversidade da insanidade a uma entidade clínica específica, frequentemente associada à periculosidade, irracionalidade e sintomas psicóticos como delírios e alucinações (Moura, 2021; Rocha et al., 2022; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Angermeyer & Matschinger, 1999).

A intersecção entre doença, esquizofrenia e insanidade estrutura a regulação da saúde mental pelos parâmetros da normalidade clínica e da funcionalidade social, intensificando a medicalização do sofrimento psíquico e a padronização das experiências humanas. Embora tenha promovido avanços no tratamento dos transtornos mentais, esse enquadramento biomédico também reforça processos de estigmatização ao definir rigidamente os indivíduos diagnosticados como desviantes, apartando-os da norma. Além disso, ao privilegiar a eficácia terapêutica e a adaptação do sujeito às demandas sociais, a psiquiatria moderna tende a desconsiderar os fatores históricos, culturais e políticos que estruturam as representações da loucura, reduzindo sua abordagem a uma perspectiva individualizante e patologizante (Canguilhem, 2002; Foucault, 1978, 2008; González-Rey, 1997, 2015; Neves et al., 2017; Amarante, 2005, 2003; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Maciel et al., 2011; Rose, 1998; Brito & Catrib, 2004; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

A presença dos termos "medo", "descontrole" e "violência" evidencia que a "insanidade" não é apenas concebida como uma condição clínica, mas também como um fenômeno social carregado de insegurança e sensação de perigo. Essa construção reforça a ideia de que a loucura representa uma ameaça à ordem social e moral, legitimando processos de estigmatização e exclusão. Ao ser vinculada ao risco e à instabilidade, a figura do louco passa a justificar práticas de contenção, marginalização e intervenção psiquiátrica, afastando esses indivíduos do convívio social e perpetuando um ciclo de segregação (Angermeyer & Matschinger, 1999; Foster, 2001; Maciel et al., 2011; Machado, 2004; Moraes & Oltramari, 2006; Rose, 1998; Santos, Danfá & Almeida, 2021; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018).

A "tristeza", no núcleo central, fortalece a ancoragem da loucura na dimensão afetiva do sofrimento psíquico, evidenciando que sua experiência não se limita a uma condição patológica e desviante, mas também se manifesta como um estado de angústia existencial, associado ao desamparo e à vulnerabilidade emocional. Essa associação entre loucura e tristeza remonta à melancolia hipocrática e às concepções filosóficas que vinculavam a insanidade à introspecção dolorosa e ao distanciamento da realidade compartilhada (Pessotti, 1999; Brito & Catrib, 2004; Moura, 2021; Rocha et al., 2022). No entanto, ao ser assimilada pelo discurso biomédico, a tristeza é frequentemente reduzida a um sintoma psiquiátrico, perdendo suas conotações subjetivas e culturais em prol de uma leitura clínica, que a insere no espectro dos transtornos depressivos e reafirma a necessidade de intervenção terapêutica e farmacológica (Canguilhem, 2002; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Corbanezi, Caponi & Mazon, 2024).

A "anormalidade" evocada no núcleo central opera como um conceito-chave na construção do "desvio psiquiátrico". Essa ancoragem enfatiza a ruptura da insanidade com as normas sociais e comportamentais convencionais, reforçando sua posição marginal e afastada do ideal de funcionalidade esperada. Historicamente, a distinção entre o normal e o patológico consolidou-se como uma ferramenta de controle e segregação, promovendo a categorização

dos sujeitos desviantes como necessitados de correção, tratamento ou contenção (Canguilhem, 2002; Foucault, 1978; Sevalho, 1993; Wachelke, 2005; Santos & Eskinazi, 2022).

A primeira periferia da representação da loucura reflete um conjunto de elementos que, embora não constituam o núcleo central, possuem uma ligação significativa com ele, conferindo nuances emocionais, institucionais e sociais à construção simbólica da insanidade. Essa zona do sistema representacional articula o sofrimento subjetivo, o estigma e os dispositivos de controle associados à loucura, revelando tanto dimensões experienciais quanto institucionais de sua vivência.

O termo "delírio" emerge como um dos mais frequentes nessa estrutura, consolidando a loucura como uma experiência marcada pela perda da referência compartilhada da realidade. Sua inclusão na primeira periferia sugere que, apesar de não ser um conceito estruturante, a dissociação entre realidade e fantasia segue sendo um marcador representacional importante. Historicamente, o delírio esteve associado à irracionalidade e à ininteligibilidade da loucura, reforçando sua posição marginal na sociedade (Foucault, 1978; Jodelet, 2005; Rocha et al., 2022; Moura, 2021).

A presença dos termos "sofrimento", "desespero" e "angústia" na primeira periferia sinaliza que a loucura não é apenas percebida em sua dimensão patológica e institucionalizada, mas também como uma experiência emocionalmente intensa e dolorosa. Esses elementos evocam a vulnerabilidade dos sujeitos que vivenciam estados de sofrimento psíquico, muitas vezes solitários e desamparados. Essa representação contrasta com a imagem tradicional da insanidade como periculosidade, sugerindo uma percepção mista que oscila entre o medo e a empatia (Brito & Catrib, 2004; Moura, 2021; Santos & Eskinazi, 2022).

A inclusão de "transtorno" reforça a ancoragem da loucura na psiquiatria e na classificação biomédica dos sofrimentos psíquicos. Esse termo remete diretamente às

nomenclaturas diagnósticas, como aquelas presentes no DSM e na CID, evidenciando a influência dos discursos psiquiátricos na construção da RS da loucura. Paralelamente, "psiquiatria" aparece como um elemento periférico, reafirmando que, apesar de sua autoridade, essa instituição não monopoliza completamente a compreensão da loucura, coexistindo com outras representações mais subjetivas e sociais (Amarante, 2005; Foucault, 1978; Neves et al., 2017).

A presença de "alucinação" na primeira periferia fortalece a ligação entre loucura e percepções alteradas da realidade. Diferente do delírio, que envolve alterações no pensamento e na crença, a alucinação está diretamente relacionada às sensações e ao corpo, evidenciando como a RS da loucura também se ancora em manifestações físicas e perceptivas (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Angermeyer & Matschinger, 1999; Moura, 2021).

O termo "preconceito" indica que os sujeitos não são apenas passivos diante da construção da loucura, mas também reconhecem os mecanismos de marginalização que dela derivam. Embora esteja na periferia, essa percepção sugere uma consciência emergente sobre a história de exclusão dos sujeitos psiquiatrizados e o impacto do estigma social. No entanto, essa dimensão parece ser secundária em relação à percepção mais estruturante da loucura como doença (Santos & Eskinazi, 2022; Maciel et al., 2011; Jodelet, 2005).

"Solidão" e "isolamento" reforçam as consequências sociais da loucura, remetendo à exclusão dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais. Historicamente, a insanidade foi tratada como um fenômeno que exigia afastamento e contorno, seja através do confinamento manicomial, seja por meio de formas sutis de distanciamento social. Esses elementos indicam que, apesar das mudanças promovidas pela reforma psiquiátrica, a vivência da loucura ainda é marcada pela dificuldade de integração social e pelo abandono (Machado, 2004; Maciel et al., 2011; Ribeiro Neto & Avellar, 2017; Maciel, 2008).

Com base na análise do núcleo central e da primeira periferia, percebe-se um sujeito da loucura representado como um indivíduo marcado pela patologia, associado principalmente à esquizofrenia e ao transtorno mental. Ele é visto como alguém que perdeu a referência compartilhada da realidade, apresentando delírios e alucinações, o que o coloca na fronteira entre a razão e a irracionalidade. Sua condição é ancorada no discurso biomédico, que o categoriza como um doente, necessitado de diagnóstico e intervenção psiquiátrica.

Esse sujeito da loucura é, ao mesmo tempo, temido e desamparado. O medo, a violência e o descontrole projetam sobre ele uma aura de perigo, justificando medidas de contenção e segregação social. No entanto, há também a presença da tristeza, do sofrimento e da angústia, evidenciando sua vulnerabilidade emocional e a dimensão existencial do seu estado. Essa dualidade sugere uma representação ambivalente: ora perigoso e desviante, ora melancólico e solitário.

Além disso, a normalidade é um parâmetro central na sua construção. Ele é o "outro" que se distancia das normas sociais, sendo categorizado como anormal e disfuncional. Seu isolamento e a marginalização resultam de um processo histórico de exclusão, no qual a psiquiatria moderna desempenha um papel central ao medicalizar e individualizar sua experiência, desconsiderando os fatores culturais e políticos que estruturam sua condição.

Portanto, o sujeito da loucura emerge como uma figura estigmatizada, dividida entre a ameaça e o sofrimento, carregando o peso da patologização e da exclusão. Ele não é apenas um indivíduo doente, mas um símbolo de transgressão e desajuste social, cuja presença desafia os limites entre o normal e o patológico.

A Zona de Contraste revela a presença de termos de baixa frequência, mas evocação rápida, sugerindo a existência de subgrupos que atribuem significados distintos à loucura. Esse fenômeno reforça a ideia de que as representações não são homogêneas, mas plurais e

dinâmicas, manifestando tensões entre diferentes sistemas de interpretação, resultantes da ação da polifasia cognitiva.

A presença de termos que reforçam a patologização e o estigma, como "psicopatia", "distúrbio", "problema", "insensatez" e "histeria", aponta para a presença de um grupo que ancora a "loucura" em uma perspectiva biomédica ainda mais intensa, reforçando diagnósticos psiquiátricos tradicionalmente associados a concepções de desvio e anormalidade (Maciel et al., 2011; Wagner et al., 1999; Coudin, 2013; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Serafim et al., 2017; Santos & Eskinazi, 2022). Por outro lado, a emergência de termos como "liberdade", "pensamento" e "devaneio" sugere um grupo com uma perspectiva subjetiva e existencial, que compreende a loucura como uma experiência diferenciada da racionalidade hegemônica, podendo ser associada à criatividade, à expansão da consciência ou a formas alternativas de existir no mundo (Montenegro, 2014; Schneider, 2011; Pereira, 2003; Pavez, Saura & Marset, 2021).

Já a segunda periferia é composta por termos de baixa frequência e alta ordem de evocação, o que indica que esses elementos são menos consensuais e possivelmente emergentes na RS da loucura. Essa zona inclui palavras como "ansiedade", "diferença", "maluco", "cuidado", "suicídio", "exclusão", "hospital" e "sanidade", reforçando a noção de que a loucura é percebida dentro de um espectro amplo, que inclui tanto sofrimento psíquico quanto questões sociais e institucionais.

A presença da "ansiedade" nesta zona pode apontar para um deslocamento perceptivo, em que a loucura deixa de ser associada apenas a estados extremos e passa a englobar transtornos psíquicos mais comuns na contemporaneidade. Como destaca Borch-Jacobsen (2001), a psiquiatria moderna ampliou seus critérios diagnósticos, transformando estados emocionais antes considerados variações normais da subjetividade em patologias. Esse

processo, identificado como medicalização diagnóstica (Conrad, 1992), tem impulsionado a expansão das categorias psiquiátricas, aproximando transtornos como a "ansiedade" e a "depressão" do escopo da "loucura". Essa transformação evidencia a polifasia cognitiva e ilustra como a crescente medicalização e a inclusão de novas categorias clínicas no discurso psiquiátrico reforçam a lógica do Universo Reificado (Jodelet, 1989; Moscovici, 2003).

O termo "diferença" carrega uma ambiguidade estrutural que reflete tanto a alteridade como a exclusão. De um lado, pode indicar um reconhecimento da pluralidade e da singularidade da experiência subjetiva, reforçando uma visão mais inclusiva da loucura enquanto fenômeno humano diverso (Maciel et al., 2011; Santos, Danfá, & Almeida, 2021; Costa et al., 2016; Wagner et al., 1999; Coudin, 2013; Santos & Eskinazi, 2022). No entanto, simultaneamente, essa mesma noção de "diferença" pode funcionar como um mecanismo de segregação, ancorando a loucura em um campo de estranhamento que a distancia da norma e a relega à margem social (Maciel et al., 2011; Santos, Danfá, & Almeida, 2021; Costa et al., 2016; Wagner et al., 1999; Coudin, 2013; Santos & Eskinazi, 2022). Dessa forma, a ambivalência do termo opera como um eixo simbólico que tanto pode desafiar quanto reforçar estigmas, dependendo do contexto discursivo e das relações de poder que o atravessam.

Além disso, termos como "agressividade", "impulsividade" e "irracionalidade" indicam que certos aspectos da representação da loucura ainda estão ligados a concepções tradicionais que a associam ao perigo, à imprevisibilidade e a afastam da razão, conseqüentemente distanciando-a do ideal de sujeito da modernidade (Foucault, 1978; Jodelet, 1989; Amarante, 2005; Castel, 1978; Conrad, 1992).

Isto se complementa com a presença do termo "sanidade", sugerindo que a representação da loucura é construída em oposição à ideia de "normalidade". Como argumenta Canguilhem (2002), os conceitos de "normal" e "patológico" não são absolutos, mas definidos

em relação a um padrão socialmente estabelecido. Nesse sentido, a loucura é frequentemente representada como o oposto da "sanidade", reforçando a dicotomia entre razão e desrazão, que tem estruturado os discursos sobre a mente humana desde a modernidade (Foucault, 1978).

A inclusão dos termos "suicídio" e "desamparo" reforça a ideia de que a loucura continua sendo percebida como um fenômeno de sofrimento extremo. No contexto da sociedade contemporânea, a experiência da insanidade muitas vezes se entrelaça com processos de vulnerabilidade emocional e social, evidenciando o papel da ampliação e instauração adequadas de políticas públicas humanizadas para a saúde mental (Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Castel, 1978; Goffman, 1961; Jodelet, 1989; Maciel, 2008; Moscovici, 2002; Yasui, 2010).

Esse aspecto também se conecta com o conceito de "cuidado" presente na segunda periferia, sugerindo que, apesar do estigma, há uma crescente preocupação com formas mais inclusivas e solidárias de lidar com a "loucura" (Amarante, 2005). Esse movimento aponta para uma ancoragem psicossocial (Doise, 2002), na qual as mudanças nos discursos médicos são moduladas por valores psicossociais emergentes que enfatizam a subjetividade e a necessidade de abordagens terapêuticas mais empáticas.

Outro aspecto a ser analisado na segunda periferia é a tensão entre "medicalização" e "cuidado", que pode ser interpretada sob a lente da Função Orientadora das RS (Abric, 2001), pois direciona práticas de intervenção em saúde mental. Enquanto a "medicalização" estabelece a normatividade biomédica, o discurso do "cuidado" permite a reconfiguração das relações entre o sujeito diagnosticado e os sistemas de assistência, reforçando dinâmicas de resistência e ressignificação (Foucault, 1978; Amarante, 2005).

A análise prototípica do sujeito da loucura revela uma construção centrada em características de descontrole, sofrimento e distúrbio psicológico. Este sujeito é percebido

como alguém que se encontra em um estado de desintegração interna e desajuste com as normas sociais. Sua figura é definida pela presença de um sofrimento psíquico profundo, marcado por estados de angústia, desespero e uma percepção distorcida da realidade. Ele é associado a um sentimento constante de medo e perda de equilíbrio, sendo caracterizado como "anormal" e "descontrolado".

Além disso, o sujeito da loucura é frequentemente visto através de lentes de exclusão social e marginalização. Seu sofrimento é interpretado como algo que o distancia da compreensão coletiva, sendo alvo de estigmatização e discriminação. O uso da psiquiatria e das intervenções médicas, muitas vezes, é central na forma como ele é tratado, configurando-o como um objeto de controle e patologização. Ao expandir o conceito, elementos periféricos revelam contrastes que enriquecem a visão desse sujeito. A loucura é apresentada como uma condição que desafia as normas, sendo simultaneamente uma expressão de confusão interna e uma forma de resistência à ordem estabelecida. O sujeito também é associado a uma ausência de liberdade, a uma desconexão da realidade e a um estado de psicopatologia que o posiciona à margem da sociedade.

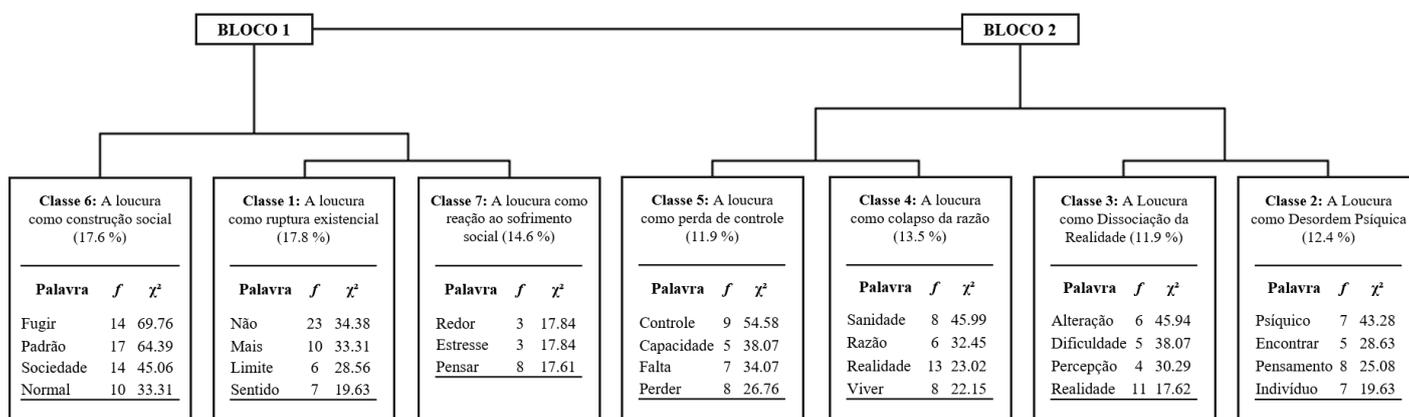
Em sua totalidade, o sujeito da loucura é construído como um ser fragmentado, cujos traços de sofrimento psicológico, exclusão social e patologização se entrelaçam, criando uma imagem de alguém em desconformidade com as expectativas sociais, mas também representando uma complexa relação entre a mente, o corpo e as dinâmicas de poder.

### **3.4 Classificação Hierárquica Descendente (Método de Reinert)**

O dendrograma revela a organização estrutural das RS da loucura a partir das associações semânticas e coocorrências dos discursos dos participantes. Essa estrutura evidencia a forma como diferentes concepções da loucura se agrupam, dividindo-se em dois grandes blocos principais: um que enfatiza a construção social e a experiência subjetiva da

loucura e outro que se baseia em uma abordagem psicológica, psiquiátrica e biomédica (Quadro 2).

**Quadro 2 – Partições e Classes resultantes da CHD<sup>50</sup>**



Produção Própria. **Legenda:** *f*: Frequência relativa à classe.

$\chi^2$ : qui-quadrado que mede o grau de associação entre uma palavra e uma classe.

A hierarquia das classes e sua disposição no dendrograma indicam que a loucura é um fenômeno polifásico, sendo representado por diferentes matrizes discursivas, que vão desde a crítica social até modelos médicos mais estruturados. A análise dessa estrutura permite compreender as relações entre as classes, suas subdivisões e a razão de sua ordenação. O dendrograma revela duas grandes divisões no topo da hierarquia.

A ordem das classes dentro dessas divisões revela uma progressão interpretativa, na qual a loucura é vista ora como um fenômeno socialmente construído e experiencial, ora como um transtorno mental diagnosticável. A Classe 5, que trata da loucura como perda de controle, ocupa uma posição intermediária, funcionando como um elo entre as explicações subjetivas e as biomédicas.

O **Bloco 1** (denominado “*Loucura como construção social e experiência subjetiva*”) reúne as Classes 6, 1 e 7, que compartilham a perspectiva de que a loucura não é apenas um

<sup>50</sup> A imagem original como retirada do programa pode ser encontrada na seção de Anexos ao final desta tese.

fenômeno biológico ou individual, mas um conceito socialmente construído e uma experiência subjetiva complexa.

A Classe 6 aparece na posição mais isolada dentro deste agrupamento, indicando uma visão fortemente crítica sobre a normatização da loucura. Essa classe enfatiza a loucura como um rótulo atribuído àqueles que se desviam das normas culturais e institucionais. Essa classe se distancia das demais porque não se concentra na experiência subjetiva da loucura, mas na forma como ela é imposta como uma categoria de exclusão social ao longo da história.

A Classe 1 se conecta à Classe 6, mas introduz uma nova perspectiva, deslocando o foco para a experiência interna da loucura como um colapso subjetivo e uma crise existencial, onde é interpretada como uma experiência intensa de sofrimento e dissolução da identidade. Sua proximidade com a Classe 6 indica que, apesar de enfatizar a dimensão subjetiva, essa visão não ignora os aspectos normativos que moldam a vivência da loucura.

A Classe 7 surge conectada à Classe 1, indicando que compartilha a perspectiva da loucura como um fenômeno subjetivo, mas enfatiza que esse sofrimento é consequência do meio social. Seu conteúdo aponta que a loucura pode ser entendida como uma reação às adversidades, à pressão social e ao sofrimento acumulado. Sua posição entre a Classe 1 e a Classe 5 reforça sua natureza liminar, situando-se entre a experiência subjetiva e os processos psicológicos que envolvem a perda de controle.

O **Bloco 2** (denominado “*Loucura como descontrole, desrazão, dissociação e desordem psíquica*”) é composto pelas Classes 5, 4, 3 e 2, que compartilham uma visão mais funcional, psicológica e médica da loucura.

A Classe 5 aparece como a primeira classe dentro desse segundo agrupamento e funciona como um elo entre as concepções subjetivas e biomédicas da loucura. Ela indica que a loucura é vista como a perda da capacidade de autorregulação emocional e comportamental.

Essa posição intermediária sugere que a perda de controle pode ser interpretada tanto como uma crise existencial (Classe 1 e Classe 7) quanto como um transtorno psíquico (Classe 2).

A Classe 4 surge como uma subdivisão da Classe 5, reforçando a ideia de que a loucura pode ser entendida como um estado de perturbação mental sem necessariamente resultar na dissociação completa da realidade. Essa classe vê a loucura como um desajuste na percepção da realidade e na capacidade de raciocínio e sanidade.

A Classe 3 se conecta à Classe 4, sugerindo que a dissociação da realidade é um extremo da perturbação mental. Essa classe descreve a loucura como uma ruptura com a realidade objetiva, frequentemente associada a quadros psicóticos. Essa estrutura hierárquica sugere que a dissociação da realidade pode ser interpretada como uma intensificação do estado de perturbação da Classe 4.

A Classe 2 está posicionada no extremo direito do dendrograma, refletindo uma visão biomédica consolidada da loucura. Essa classe interpreta a loucura como um transtorno neurobiológico diagnosticável. Sua posição final revela que, no contexto da CHD, essa classe está mais distante das explicações sociais e existenciais da loucura, reforçando uma concepção nosológica e cientificamente objetiva e reificada.

O dendrograma, então, sugere uma progressão interpretativa das RS da loucura. Do lado esquerdo, a loucura é vista como uma construção social, uma experiência subjetiva e uma resposta ao sofrimento (Classes 6, 1 e 7). No centro, a loucura é interpretada como perda de controle, funcionando como um elo entre explicações subjetivas e biomédicas (Classe 5). Do lado direito, a loucura é categorizada como um transtorno mental, passando por estágios de perturbação, dissociação e desordem neurobiológica (Classes 4, 3 e 2).

A estrutura final do dendrograma demonstra que a loucura não é um conceito fixo, mas um fenômeno multidimensional, que transita entre diferentes sistemas de interpretação e disputa de significados dentro das RS. A seguir discutiremos cada uma das classes.

### ***3.4.1 Classe 6: A Loucura como Construção Social***

A análise da Classe 6 revela uma concepção da loucura como uma construção social, na qual o desvio das normas estabelecidas pelo grupo hegemônico é interpretado e categorizado como insanidade. Esse entendimento ressoa com as reflexões foucaultianas (1978) sobre a loucura como um fenômeno historicamente instituído, onde os discursos de poder operam na delimitação do que é considerado racional e do que é classificado como desrazão.

Ao longo da história, a loucura foi sendo moldada por diferentes discursos – religiosos, filosóficos, médicos e jurídicos –, cada qual buscando estabelecer critérios normativos para distinguir os indivíduos tidos como "sãos" daqueles considerados "loucos". No entanto, essa distinção nunca foi neutra ou objetiva, mas sempre atravessada por relações de poder que legitimaram práticas de exclusão e confinamento (Foucault, 1978; Castel, 1978; Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Goffman, 1961). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 42: "Conceito criado para pensar em como lidar com comportamentos ou modos de vida considerados desviantes pelo grupo social hegemônico."

Sujeito 51: "Loucura seria uma construção social em torno da observação de que outra pessoa seria diferente, fora da realidade aceita e dos padrões impostos pela sociedade."

Sujeito 170: "Para mim, loucura é uma construção social que taxam sobre quem não segue um padrão de comportamento e mente comum."

A citação do Sujeito 42 evidencia essa dinâmica de normatização da loucura, apontando para o papel da sociedade na categorização de determinados sujeitos como "loucos". Essa concepção se alinha ao argumento de Berger e Luckmann (2003) sobre a construção social da realidade, onde as categorias que utilizamos para compreender o mundo são produtos de processos históricos e culturais. Assim, a loucura não é apenas uma condição psíquica

individual, mas um constructo simbólico que define os limites da normalidade dentro de determinado contexto social.

Essa perspectiva também dialoga com a crítica de Canguilhem (2002) à ideia de normalidade como um conceito absoluto. A normatividade não é fixa, mas um processo dinâmico, sendo o próprio organismo capaz de criar novas normas em resposta a desafios internos e externos. Dessa forma, aquilo que é considerado loucura em uma sociedade pode ser interpretado de modo distinto em outra, demonstrando que o conceito de sanidade não é universal, mas socialmente construído e modificado ao longo do tempo, ponto reforçado pela citação do Sujeito 51. Aqui, a ênfase recai sobre a alteridade: a loucura é um rótulo atribuído àquele que não se encaixa nas normas predominantes.

Essa análise converge com a percepção do Sujeito 170. Esse relato destaca que a atribuição do rótulo de loucura não se limita à presença de um transtorno psíquico, mas se estende àqueles que desafiam convenções culturais e institucionais. Essa perspectiva é reforçada pelos estudos de Campos (2013), que propõe a distinção entre uma loucura psiquiatrizada e medicalizada e uma outra loucura que seria a experiência que não se encaixa nos critérios diagnósticos e resiste à categorização biomédica. Essa diferenciação é fundamental para compreender por que determinados indivíduos são enquadrados dentro da lógica psiquiátrica, enquanto outros permanecem à margem desse sistema.

Outro ponto relevante para a compreensão da Classe 6 é a relação entre loucura e exclusão social. Como demonstrado por Foucault (1978), o confinamento dos loucos foi historicamente justificado pela necessidade de controle da população e manutenção da ordem social, um processo que persiste na contemporaneidade, ainda que de formas menos explícitas (Conrad, 1992; Borch-Jacobsen, 2001; Maciel, 2008; Moura, 2021).

A digitalização da cultura, como discutido por Sousa e Massette (2024), também tem impactado a forma como a loucura é socialmente construída e representada. Enquanto memes e discursos virais contribuem para reforçar estigmas históricos sobre os usuários dos serviços de saúde mental (Costa, 2024), a internet se torna um campo de disputa simbólica, onde a loucura é simultaneamente medicalizada, ridicularizada e ressignificada.

### ***3.4.2 Classe 1: A Loucura como Ruptura Existencial***

A Classe 1 revela uma compreensão da loucura como uma ruptura existencial, uma experiência de dissolução do eu e colapso subjetivo que ultrapassa a dissociação perceptiva. Os depoimentos dos participantes enfatizam o sofrimento profundo, a perda de sentido e a incapacidade de situar-se no mundo. Essa concepção ressoa com perspectivas que problematizam a loucura para além de um enquadramento exclusivamente biomédico, reconhecendo-a como um fenômeno que desafia as estruturas normativas da existência e da identidade (Foucault, 1978; Rey, 1992; Canguilhem, 2002). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 11: "Loucura é um momento na vida do ser humano onde nada faz sentido. Não há remédio que ajude, terapia ou pessoas. É um processo interno tão intenso que te leva aos lugares mais obscuros e tenebrosos da sua vida."

Sujeito 27: "Um estado mental de sofrimento profundo irresoluto que violentamente devasta uma consciência."

Sujeito 125: "Loucura é aquilo que sai fora da curva do que é tido como normal, é a experiência de um mundo fora da realidade, é se perder no próprio cérebro, é por vezes não ser capaz de controlar seu próprio corpo, é ouvir vozes que os demais não escutam, é acima de tudo ser imerso em um mundo diferente. Não falo isso para romantizar, por vezes o outro lado dessa história é sofrimento."

Os relatos indicam que a loucura, nessa concepção, não é apenas um estado biológico ou socialmente rotulado, mas uma experiência liminar, caracterizada por crises emocionais e cognitivas extremas. Essa compreensão se alinha à ideia de que a normatividade psíquica é plurideterminada e que a loucura pode emergir como uma resposta subjetiva às rupturas internas vividas pelo indivíduo (Canguilhem, 2002). Diferente da Classe 6, que enfatiza a

loucura como um rótulo social imposto, e da Classe 3, que a descreve prioritariamente como uma dissociação perceptiva, a Classe 1 a insere no campo da existência, evidenciando a luta interna do sujeito para manter uma identidade coesa diante de uma realidade que se esfacela.

Os relatos dos participantes também revelam uma conexão com a leitura filosófico-existencial da loucura, especialmente com as reflexões de Nietzsche sobre o esgotamento dos sentidos e a dissolução do eu (Nietzsche, 2002). O sofrimento descrito por esses participantes reflete a experiência da loucura como um processo que desafia as bases da racionalidade e da identidade, alinhando-se com a visão nietzschiana de uma crise existencial profunda. Para os sujeitos, a loucura não é vista apenas como um afastamento da normalidade, mas como a vivência de um mundo interno em colapso, onde a ruptura existencial pode tanto ser destrutiva quanto reveladora. Esse processo de ruptura, conforme sugerido nas reflexões de Nietzsche, não é necessariamente negativo, mas pode ser interpretado como uma oportunidade para a reinvenção do eu, dependendo de como é significada e acolhida socialmente.

Nessa direção, é possível articular a discussão da Classe 1 com a ação da polifasia cognitiva (Jovchelovitch, 2014), refletida na maneira como os indivíduos mobilizam distintos sistemas de compreensão para significar suas experiências. Assim, enquanto alguns sujeitos descrevem a loucura como uma "imersão em um mundo diferente", reconhecendo aspectos de percepção alterada (Classe 3), outros a vivenciam como um sofrimento absoluto e irresoluto, uma "devastação da consciência" (Classe 1). Essa alternância de compreensões não implica uma contradição, mas sim a dinamicidade das RS da loucura, nas quais se entrelaçam discursos biomédicos, filosóficos e subjetivos (Jovchelovitch, 2014; Aikins, 2012; Jodelet, 1989; Moscovici, 2000).

Diante dessa complexidade, a medicalização apresenta um duplo efeito: por um lado, oferece uma nomenclatura e um arcabouço clínico para descrever o sofrimento mental,

possibilitando diagnósticos e tratamentos. Por outro, tende a reduzir a experiência da loucura à dimensão da disfunção cerebral, apagando os aspectos existenciais, filosóficos e simbólicos da vivência subjetiva. Assim, os relatos da Classe 1 nos convidam a refletir sobre os limites da psiquiatria moderna e sua relação com as formas mais amplas de construção da insanidade (Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Caponi & Valencia, 2013; Castel, 1978; Conrad, 1992; Foucault, 1978; Jodelet, 1989; Pickersgill, 2013; Santos et al., 2025; Sousa, Maciel, & Medeiros, 2018).

A Classe 1 também permite aproximações com as discussões de Campos (2013), que distingue a loucura psiquiatrizada da experiência crua da insanidade. Os relatos dos participantes sugerem que a vivência da loucura, na perspectiva da Classe 1, se insere mais no campo da de uma loucura rústica, crua, ou seja, naquilo que ainda não foi completamente absorvido pelos dispositivos de classificação biomédica. Esse aspecto reforça a necessidade de pensar a loucura também como um fenômeno existencial e culturalmente situado.

Ademais, essa concepção da loucura encontra ressonância na história das representações culturais da insanidade. Desde as tragédias gregas até as reflexões filosóficas modernas, como as de Nietzsche e Foucault, a loucura foi frequentemente retratada como um estado liminar, uma fronteira onde a razão se dissolve e o sujeito se confronta com os limites do real e do simbólico. No contexto contemporâneo, essa mesma visão ressurgiu em espaços digitais e discursivos, onde a loucura é simultaneamente estigmatizada e ressignificada (Foucault, 1978; Nietzsche, 2002; Araújo & Sugizaki, 2024; Araújo, 2011).

### ***3.4.3 Classe 7: A Loucura como Reação ao Sofrimento Social***

A análise da Classe 7 revela uma perspectiva da loucura enraizada na experiência do sofrimento social, apontando para a sua dimensão reativa diante das adversidades da vida. Diferente de concepções que a enquadram exclusivamente como uma patologia intrínseca ao

indivíduo, esta classe sugere que a loucura não é um estado fixo ou essencial, mas sim um processo dinâmico e interativo, resultado das pressões do meio, do estresse contínuo e da ausência de suporte. Essa visão dialoga diretamente com as discussões sobre a construção social da loucura e suas disputas normativas, abordadas nos capítulos anteriores (Jodelet, 1989; Amarante, 2005; Goffman, 1961; Basaglia, 2005; Castel, 1978; Berger & Luckmann, 2003). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 75: "Uma condição do ser humano após vivenciar diferentes tipos de experiências que influenciam para que o eu perca o controle, ficando como um carro desgovernado, passando por vários estados de humor, comportamentos e expressões."

Sujeito 127: "Pra mim loucura é quando as pessoas têm atitudes e se comportam de forma que a sociedade não enxerga como algo normal, logo, quando alguém faz algo que geralmente não fariam, chamam esse alguém de louco ou doido. Essa é a visão da sociedade, mas pra mim esses comportamentos podem ser causados por diversos fatores e cada contexto precisa ser analisado. Muitas vezes o estresse, o histórico de vida, as experiências e vivências podem levar a pessoa a se comportar de várias maneiras."

Sujeito 166: "É quando a pessoa já não tem mais noção de tempo, do certo ou errado, quando extrapola os limites do próprio corpo e mente. Acho que a loucura muitas vezes vem depois de muito sofrimento e perdas."

Conforme Foucault (1978), a loucura foi historicamente moldada a partir de dinâmicas de exclusão e controle, frequentemente reduzida a um distúrbio interno do sujeito, sem levar em consideração os contextos socioculturais que a produzem. No entanto, essa abordagem ignora o impacto das relações sociais, das desigualdades e das formas de sofrimento impostas pelos sistemas normativos. A Classe 7 evidencia essa perspectiva ao enfatizar que a loucura pode emergir como uma resposta ao acúmulo de experiências adversas, perdas e opressões. Nesse sentido, essa concepção dialoga com uma definição de saúde mental mais dinâmica e adaptativa (Rey, 1992).

Essa compreensão se diferencia da Classe 1, que enfatiza a loucura como uma ruptura interna do indivíduo. Na Classe 1, o foco está na perda de controle psíquico do sujeito, enquanto na Classe 7 a ênfase recai sobre a dimensão externa e relacional da loucura. O Sujeito 127, por exemplo, discute sobre como a loucura é frequentemente entendida como a transgressão das

normas sociais, argumentando que essa visão social simplifica um fenômeno complexo, uma vez que o comportamento humano é influenciado por múltiplos fatores, como estresse, histórico de vida e experiências pessoais. Essa visão se aproxima das discussões sobre a construção discursiva da loucura, bem como das análises sobre estigma e normalização na era digital (Jodelet, 1989; Goffman, 1963/1986; Moscovici, 2000; Berger & Luckmann, 2003; Foucault, 1978; Amarante, 2005; Albuquerque, 2024; Costa, 2024).

Além disso, a Classe 7 se distingue da Classe 6, que também reconhece a influência social, mas foca na imposição de normas. A diferença fundamental entre essas duas categorias reside no fato de que a Classe 6 enfatiza os mecanismos normativos que enquadram a loucura dentro de categorias disciplinares e institucionais, enquanto a Classe 7 evidencia como os indivíduos vivenciam a loucura como uma resposta subjetiva ao sofrimento.

A Classe 7 também se diferencia da Classe 5, que define a loucura como perda de controle, pois, enquanto esta última enfatiza a fragmentação interna da subjetividade, a Classe 7 se centra na vulnerabilidade do sujeito às condições externas. Esse contraste é importante, pois reforça que a loucura não deve ser reduzida a um déficit individual, mas entendida como um fenômeno interconectado ao contexto social e à forma como a sociedade lida com a dor e o sofrimento.

#### ***3.4.4 Classe 5: A Loucura como Perda de Controle***

A análise da Classe 5 revela uma concepção da loucura centrada na perda de controle, enfatizando a incapacidade do sujeito de regular suas emoções, impulsos e comportamentos. Essa representação não apenas evidencia a percepção social da loucura como uma ruptura com padrões normativos, mas também expõe como essa noção está historicamente enraizada em discursos que distinguem razão e desrazão (Foucault, 1978). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 05: "Perder o controle de si, de suas emoções e impulsos."

Sujeito 117: "Loucura é a falta de controle sobre si e sua vida."

Sujeito 156: "Um descontrole mental que dificulta a tomada de decisões racionais."

A relação entre loucura e perda de controle pode ser compreendida a partir da tradição filosófica que, desde a Antiguidade Clássica, contrapõe a racionalidade à irracionalidade. Aristóteles (1991), por exemplo, afirmava que a virtude está na moderação, enquanto os excessos emocionais resultavam em um estado de desvio da razão. Essa concepção influenciou os discursos médico-filosóficos subsequentes, que passaram a tratar a loucura como um estado de descontrole em oposição à estabilidade psíquica. Platão, por sua vez, fazia uma distinção entre a "loucura divina", relacionada à inspiração e à criatividade, e a "loucura doentia", marcada pela irrupção de forças emocionais desordenadas que afastavam o indivíduo da razão (Montenegro, 2014).

O conceito de perda de controle também está presente nos discursos contemporâneos sobre a insanidade. No modelo biomédico, a loucura é frequentemente enquadrada como um transtorno mental resultante de desequilíbrios neuroquímicos que comprometem a capacidade do indivíduo de regular suas emoções e comportamentos (Jodelet, 1989/2005; Morant & Rose, 2002; Wachelke, 2005; Angermeyer & Matschinger, 1999; Pereira, 1997; Foster, 2001; Machado, 2004; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Santos & Eskinazi, 2022).

Nesse sentido, a Classe 5 dialoga com a Classe 2, que associa a loucura à desestruturação cognitiva e biológica. No entanto, enquanto a Classe 2 enfatiza a loucura como uma condição patológica passível de diagnóstico e intervenção psiquiátrica, a Classe 5 sugere uma percepção mais subjetiva e funcional, focada na perda da autonomia do sujeito sobre si mesmo e sua própria vida.

Essa representação também se aproxima da Classe 3, que aborda a dissociação da realidade. A diferença entre ambas reside no fato de que a Classe 3 enfatiza a desconexão com

o real, enquanto a Classe 5 se concentra na incapacidade de controle emocional e comportamental. Essa distinção revela nuances na construção social da loucura, pois, enquanto a dissociação da realidade frequentemente remete a diagnósticos como a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, a perda de controle está mais associada às representações de instabilidade emocional, impulsividade, descontrole e falta de autodeterminação (Angermeyer & Matschinger, 1999; Brito & Catrib, 2004; Dixit, 2005; Foster, 2001; Jodelet, 1989/2005; Moura, 2021; Pereira, 1997; Rocha et al., 2022; Sartori, 2015).

A relação entre loucura e falta de controle também se manifesta na longa história da regulação da desrazão pelas instituições sociais. A institucionalização da loucura a partir do Renascimento e, mais tarde, no advento da psiquiatria moderna, esteve profundamente vinculada à necessidade de disciplinar corpos e mentes considerados incontroláveis. Essa perspectiva foi consolidada com a expansão dos manicômios e dos dispositivos de controle psiquiátrico, que se estruturaram não apenas como espaços de tratamento, mas também como mecanismos de regulação social (Foucault, 1978; Castel, 1978; Goffman, 1961; Basaglia, 2005; Yasui, 2010).

Nesse sentido, a Classe 5 também se diferencia da Classe 1, que descreve a loucura como uma crise existencial. Enquanto a Classe 1 enfatiza a loucura como um questionamento profundo da própria existência e do sentido da realidade, a Classe 5 a descreve como uma perda concreta da capacidade de gerenciar emoções e condutas. Essa diferença é significativa, pois aponta para uma distinção entre perspectivas que compreendem a loucura como um fenômeno reflexivo, potencialmente filosófico-existencial, e aquelas que a veem como um distúrbio funcional da subjetividade.

### ***3.4.5 Classe 4: A Loucura como Colapso da Razão***

A Classe 4 revela uma concepção da loucura como um fenômeno de desestruturação da razão, onde o sujeito perde a conexão com a lógica e a coerência que sustentam a experiência cotidiana. Essa perspectiva ressoa diretamente com a tradição filosófica e histórica que moldou os discursos sobre a insanidade, especialmente no contexto da modernidade e da psiquiatrização da loucura. A perda da razão, tal como evidenciada nas falas dos sujeitos, não é apenas um distúrbio clínico, mas uma crise existencial que marca a separação entre o indivíduo e a realidade compartilhada (Foucault, 1978; Foucault, 1978; Castel, 1978; Amarante, 2005; Jodelet, 1989; Jodelet, 1989; Moscovici, 2003; Araújo & Sugizaki, 2024; Jodelet, 1989/2005; Morant & Rose, 2002; Wachelke, 2005; Sartori, 2015). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 34: "Perda da razão e desprendimento da realidade quando esta é insuportável demais para a sanidade."

Sujeito 39: "Loucura é um estado em que você perde o sentido de realidade para com você e terceiros. Seja na comunicação, pensamentos, ações, as coisas passam a barreira da lógica e ética."

Sujeito 152: "Estado de perturbação da mente que produz afastamento da realidade, dor, angústia, ausência."

A afirmação de que a loucura se manifesta quando “as coisas passam a barreira da lógica e da ética” (Sujeito 39) ilustra como essa classe se ancora na ideia de que a razão opera como um critério essencial de organização da existência. Essa concepção está alinhada com a tradição cartesiana, que estabeleceu uma distinção rigorosa entre razão e desrazão, relegando a loucura a um domínio de erro absoluto e exclusão do campo da cognição válida (Foucault, 1978). A visão cartesiana consolidou um paradigma no qual a loucura foi reduzida à ausência de razão, um conceito que sustentou tanto sua medicalização quanto sua marginalização social.

A citação do Sujeito 34 evidencia a loucura como uma resposta ao insuportável, o que remete à ideia de que a insanidade pode ser interpretada como um mecanismo de reorganização

diante de crises extremas (Rey, 1992). Assim, a ruptura com a razão pode ser entendida não apenas como um afastamento do real, mas como um fenômeno que se inscreve no campo da normatividade psíquica, como uma tentativa do sujeito de lidar com experiências que desafiam sua estabilidade emocional e cognitiva.

A citação do Sujeito 39 evidencia um aspecto fundamental: a razão não é apenas uma faculdade cognitiva, mas um constructo social que regula normas de comportamento e interação. A irrupção da loucura, nesse sentido, representa um desvio não apenas epistêmico, mas também moral, o que justifica historicamente sua exclusão e confinamento (Foucault, 1978). A modernidade, ao consolidar o discurso psiquiátrico como instância reguladora da sanidade, reforçou a ideia de que aqueles que perdem a razão devem ser isolados, institucionalizados e submetidos a regimes disciplinares (Goffman, 1961; Castel, 1978; Basaglia, 2005; Amarante, 2005).

A normatização da razão se manifesta associada também à medicalização da loucura, processo que historicamente enquadrou a insanidade dentro de uma lógica biológica e reducionista. No contexto da Classe 4, essa medicalização pode ser observada na ênfase na desorganização mental e na perda da coerência lógica, características que se alinham à psiquiatria moderna. Esta, por sua vez, categoriza a insanidade a partir de déficits cognitivos e disfunções neuroquímicas, reforçando uma visão biomédica que, ao longo do tempo, naturalizou a loucura como um fenômeno exclusivamente patológico, marginalizando outras formas de entendimento e abordagem do sofrimento psíquico (Conrad, 1992; Caponi & Valencia, 2013; Dalgalarrodo, 2018; APA, 2022).

Neste contexto, a loucura não deve ser reduzida a uma mera falha na razão ou a um colapso lógico. A experiência psicótica, por exemplo, não implica necessariamente uma perda total da racionalidade, mas pode envolver formas alternativas de organização da experiência.

Assim, a perda da lógica na loucura não deve ser compreendida apenas como uma ausência de sentido, mas como a emergência de uma racionalidade outra, que escapa aos parâmetros convencionais de coerência (Foucault, 1978; Jodelet, 1989; Sass, 1994; Basaglia, 2005; Campos, 2013; Pereira, 2003b).

A Classe 4 estabelece um diálogo direto com a Classe 1, que também enfatiza a dimensão existencial da loucura. No entanto, enquanto a Classe 1 explora a dissolução do eu e a fragmentação da identidade, a Classe 4 se concentra na perda da razão como critério organizador da experiência. Essa distinção revela diferentes modos de compreensão da loucura: uma como crise subjetiva e existencial, e outra como um colapso da lógica e da sanidade.

Além disso, a Classe 4 se diferencia da Classe 2, que entende a loucura predominantemente dentro de uma matriz biomédica, associando-a a transtornos mentais diagnosticáveis. Enquanto a Classe 2 enfatiza a medicalização da loucura, a Classe 4 propõe uma abordagem mais ampla, incluindo dimensões filosóficas e psicológicas da perda da razão. Essa distinção reflete as tensões entre diferentes sistemas de compreensão da loucura: o sistema biomédico, que busca explicações neurocientíficas e farmacológicas, e sistemas filosóficos e existenciais, que interpretam a insanidade como um fenômeno situado no campo da subjetividade e da experiência social (Foucault, 1978; Castel, 1978; Amarante, 2005; Caponi & Valencia, 2013; Sousa, Maciel, & Medeiros, 2018).

#### ***3.4.6 Classe 3: A Loucura como Dissociação da Realidade***

A representação da loucura como uma dissociação da realidade expressa na Classe 3 revela uma compreensão que articula aspectos fenomenológicos e epistemológicos da experiência da insanidade. Nesse enquadramento, a loucura é descrita como uma ruptura entre o sujeito e a realidade compartilhada, resultando na criação de um mundo alternativo, no qual a identidade, a cognição e a percepção sofrem transformações radicais. Essa concepção se

aproxima da tradição psiquiátrica moderna, que define certos transtornos mentais por meio da fragmentação da consciência e da perda da intersubjetividade (Foucault, 1978; Jodelet, 1989; Laing, 1960; Sass, 1994; APA, 2022).

Entretanto, a ideia de que a loucura se manifesta como uma existência paralela não é apenas uma formulação médica ou biomédica; trata-se de uma noção historicamente construída que perpassa diferentes formas de saber, desde os discursos filosóficos e científicos até as representações culturais da insanidade (Foucault, 1978; Jodelet, 1989; Berger & Luckmann, 2003; Castel, 1978; Araújo & Sugizaki, 2024). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 12: "Uma pessoa que vive uma realidade paralela, vive num mundo de fantasia e torna aquilo a sua realidade."

Sujeito 58: "Um estado desassociado da realidade propriamente dita para uma realidade alternativa do sujeito."

Sujeito 194: "Para mim, loucura é quando a mente da pessoa se fragmenta, e ela começa a viver em uma realidade própria, sem conseguir voltar."

A noção de que a loucura representa uma dissociação da realidade remete a um dos pilares fundamentais da construção social da insanidade: a oposição entre razão e desrazão. Conforme temos discutido também em outras classes, a exclusão da loucura operou historicamente pela constituição de uma fronteira rígida entre aqueles que compartilham uma racionalidade comum e aqueles que se afastam dela, sendo relegados a espaços de confinamento físico e simbólico. O processo de medicalização e patologização da loucura consolidou essa cisão, deslocando a experiência da desrazão do campo da existência social e transformando-a em um fenômeno interno ao indivíduo – um distúrbio que desconecta o sujeito da realidade objetiva

Esse paradigma moderno da loucura como distanciamento e dissociação da realidade se reapresenta em diversos estudos sobre as RS da loucura (Jodelet, 1989; Rose, 1998;

Angermeyer & Matschinger, 1999; Foster, 2001; Morant & Rose, 2002; Wachelke, 2005; Dixit, 2005; Sartori, 2015; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Rocha et al., 2022; Santos & Eskinazi, 2022). A psiquiatria, ao diagnosticar transtornos como a esquizofrenia, o transtorno dissociativo de identidade e os estados psicóticos, passou a enquadrar a experiência da insanidade dentro de critérios nosográficos que a definem como um fenômeno marcado pela perda da capacidade de distinguir o real do ilusório. Esse modelo reducionista, no entanto, ignora as dimensões subjetivas, sociais e culturais da loucura, tratando-a exclusivamente como um déficit cognitivo ou um colapso das funções psíquicas normativas (Foucault, 1978; Castel, 1978; Amarante, 2005; Basaglia, 2005; Jodelet, 1989; Goffman, 1961; Conrad, 1992; Caponi & Valencia, 2013)

A experiência de uma realidade paralela, descrita pelos participantes da pesquisa, como citado pelo Sujeito 12, ecoa essas formulações médicas, mas também ressoa com compreensões filosóficas e existenciais da loucura. Como aponta Sass (1994), a esquizofrenia não pode ser compreendida apenas como uma alienação irracional, mas como uma radicalização da introspecção, um hiper-racionalismo que rompe com os referenciais da realidade compartilhada. Nessa perspectiva, a dissociação da realidade não implica necessariamente uma perda de controle ou desordem, mas sim uma reorganização da percepção que pode assumir múltiplos significados, desde o delírio persecutório até experiências místicas ou estados visionários.

Isso ressoa com as discussões de Gonzalez Rey (1992) e permite enxergar a fragmentação da identidade e a dissociação da realidade como formas alternativas de existência e adaptação ao sofrimento, e não apenas como falhas do funcionamento cognitivo. Esse argumento sugere que a ruptura com a realidade pode ser interpretada como um processo normativo no qual o sujeito cria novas referências simbólicas para lidar com experiências extremas de sofrimento, trauma ou instabilidade emocional. Esse fenômeno é especialmente

evidente nas culturas em que estados alterados de consciência são interpretados como experiências espirituais legítimas e não como sintomas patológicos (Laing, 1960; Jodelet, 1989; Lukoff, Lu, & Turner, 1998; Huguelet & Koenig, 2009).

O contraste entre a Classe 3 e a Classe 5 – que enfatiza a loucura como perda de controle – revela uma tensão fundamental na construção social da insanidade. Enquanto a perda de controle remete a uma ameaça ao outro e à ordem social, a dissociação da realidade sugere uma alienação que se volta para o próprio sujeito. Nesse sentido, a representação da loucura na Classe 3 remete também às discussões de Campos (2013) quanto à Loucura Rústica, ou seja, uma forma de experiência bruta da insanidade que escapa aos critérios normativos da psiquiatria. A Loucura Rústica não se enquadra nos modelos médicos tradicionais, pois seus significados dependem de fatores subjetivos e culturais que vão além do diagnóstico biomédico.

Essa tensão se reflete também nas representações da loucura na era digital. Como argumentam Costa (2024) e Albuquerque (2024), a dissociação da realidade, frequentemente associada a estados psicóticos, é alvo de estigmatização em memes e discursos virtuais, mas também encontra espaços de acolhimento e construção coletiva em comunidades online que buscam normalizar e compreender diferentes estados mentais.

Esses fenômenos são ecos da consolidação da loucura como doença mental que resulta de um processo histórico que a separa da experiência cotidiana e a inscreve no domínio da psiquiatria e patologia (Foucault, 1978). A transformação do louco em paciente reforça a necessidade da racionalidade moderna de categorizar e disciplinar os sujeitos, produzindo novas formas de normatividade que excluem aqueles cuja experiência desafia a lógica dominante. Assim, a fronteira entre razão e loucura não é um dado objetivo, mas um efeito de discursos e práticas institucionais que a renegociam constantemente (Passos & Beato, 2003).

Mesmo com as tentativas da Reforma Psiquiátrica de promover novas formas de inclusão e cuidado em saúde mental, persiste a tensão entre os modelos biomédicos e psicossociais, e os saberes cotidianos sobre a loucura. Passos e Beato (2003) apontam que, apesar dos avanços da desinstitucionalização, o imaginário social ainda associa o louco à periculosidade, perpetuando a lógica da segregação. Dessa forma, a reflexão sobre os limites entre sanidade e desrazão não pode se restringir ao debate filosófico, mas deve considerar as implicações concretas das RS da loucura na formulação de políticas públicas e práticas de cuidado.

A esquizofrenia, como sugere Sass (1994), intensifica a reflexividade moderna, ela se torna um ponto de inflexão que expõe os limites da racionalidade normativa e questiona os próprios critérios que definem o real. A loucura ao longo de séculos foi deslocada para o domínio da medicina como forma de gestão dos corpos e da alteridade, o que faz necessário examinar até que ponto essa gestão ainda opera hoje, determinando quem tem direito à palavra e quem é reduzido ao silêncio. Assim, a experiência da loucura pode revelar os paradoxos da construção social da realidade (Foucault, 1978; Castel, 1978; Berger & Luckmann, 2003; Jodelet, 1989; Amarante, 2005; Morant & Rose, 2002; Wachelke, 2005; Angermeyer & Matschinger, 1999; Rosa & Bocci, 2012).

#### ***3.4.7 Classe 2: A Loucura como Desordem Psíquica***

A Classe 2 revela uma construção da loucura amplamente fundamentada na matriz biomédica, reforçando sua definição como um estado de desorganização psíquica, caracterizado por sintomas como perda da razão, transtornos neurobiológicos e comportamentais, delírios e alucinações, que consolidam a perspectiva da loucura como patologia mensurável e tratável dentro dos moldes da psiquiatria contemporânea (APA, 2022; Amarante, 2005; Alves et al., 2009; Dalgarrondo, 2018; Sousa, Maciel, & Medeiros, 2018;

Angermeyer & Matschinger, 1999; Moura, 2021; Sartori, 2015). A seguir destacamos frases que representam esta classe.

Sujeito 06: "Transtorno psicótico."

Sujeito 21: "Distúrbio mental."

Sujeito 103: "Estado de alteração mental onde o indivíduo não tem noção da realidade ou controle de suas ações. Percepção errônea de situações e atos. Alucinações, delírios, surtos."

Sujeito 116: "Doença."

Sujeito 181: "Loucura é um transtorno mental que afeta o cérebro e altera o comportamento das pessoas, fazendo com que elas ajam de forma irracional e sem controle."

Historicamente, essa concepção insere-se no processo de medicalização e patologização da loucura. A afirmação de que a loucura “afeta o cérebro e altera o comportamento das pessoas” (Sujeito 181) reflete uma ancoragem na narrativa biomédica dominante, que, além de definir a insanidade como uma disfunção cerebral, atua como um mecanismo de regulação social. Esse enquadramento reforça a exclusão de subjetividades que destoam das normas vigentes. De modo semelhante, a concepção de loucura como um “estado de alteração mental onde o indivíduo não tem noção da realidade ou controle de suas ações” (Sujeito 103) alinha-se à psiquiatria clássica, mas desconsidera que o próprio conceito de realidade é uma construção social atravessada por valores culturais e históricos (Foucault, 1978; Berger & Luckmann, 2003; Amarante, 2005; Jodelet, 1989).

Essa reflexão permite contrastar a Classe 2 com outras representações da loucura identificadas neste estudo. Enquanto a Classe 6 enfatiza a construção social da insanidade, a Classe 2 a reduz a um fenômeno interno, dissociado das interações entre sujeito e meio. Essa distinção ressoa com as análises de Foucault (1978), que apontam como a psiquiatria moderna impôs uma separação entre indivíduo e contexto social, isolando a loucura na esfera médica. Ao desconsiderar a influência da cultura e da história, essa abordagem reforça a noção de um

modelo fixo e universal de sanidade, naturalizando categorias diagnósticas e apagando as tensões sociopolíticas que permeiam sua definição.

Além disso, observa-se que, enquanto a Classe 3 sugere uma experiência de alienação da realidade que pode ser transitória ou subjetivamente significativa, a Classe 2 enquadra a insanidade em um modelo deficitário, no qual prevalece a ideia de comprometimento do raciocínio lógico e da regulação emocional. Assim, a concepção de loucura como “transtorno mental” (Sujeito 21) mostra-se limitada para abarcar a complexidade do fenômeno, pois nem toda experiência de desrazão implica um afastamento absoluto da realidade ou da lógica, tampouco uma dinâmica de adoecimento total.

A centralidade do discurso biomédico na definição da loucura também tem implicações diretas nos tratamentos e nas políticas de saúde mental. O modelo psiquiátrico tradicional, baseado na institucionalização e medicalização, foi amplamente criticado ao longo do século XX, especialmente pelos movimentos reformistas e rupturistas que reivindicaram um novo paradigma de cuidado em liberdade (Batista, 2014). No Brasil, a Reforma Psiquiátrica rompeu com o modelo manicomial ao enfatizar o protagonismo dos usuários e a inserção da loucura na esfera comunitária. No entanto, a hegemonia da psiquiatria biomédica ainda influencia práticas de tratamento, promovendo a medicalização excessiva do sofrimento psíquico e marginalizando formas alternativas de cuidado (Queiroga & Souza, 2022).

Dessa forma, a visão da loucura como um simples “transtorno mental” (Sujeito 21) ou uma “doença” (Sujeito 116) deve ser problematizada à luz dessas transformações. A medicalização da insanidade não se resume a um avanço científico, mas também opera como um dispositivo de poder que regula a experiência da subjetividade, delimitando os modos legítimos de existir e experienciar a diferença.

### ***3.4.8 A análise dos resultados da CHD frente ao Modelo Integrativo das RS da loucura***

O Modelo Integrativo das RS da Loucura se apresenta como um arcabouço teórico para compreender a complexidade das representações da loucura, capturando suas nuances entre discursos biomédicos, socioculturais, filosófico-existenciais, psicológicos, artístico-criativos e espirituais-religiosos. A partir da análise dos resultados empíricos, é possível identificar a manifestação de diversos elementos do modelo, reforçando sua adequação como referencial explicativo.

Os resultados evidenciam a atuação da tríade Ego-Alter-Objeto na regulação das representações da loucura. O Ego, representado pelos indivíduos que participam da pesquisa, internaliza concepções sobre a loucura a partir de experiências e emoções, o que pode ser observado na Classe 1 (loucura como ruptura existencial). O Alter, constituído pelas forças coletivas como a mídia, a medicina, a religião e a cultura, influencia a categorização da loucura, como ilustrado na Classe 6 (loucura como construção social). O Objeto, a própria loucura, emerge de forma disputada, oscilando entre explicações biomédicas (Classe 2), filosóficas (Classe 4) e socioculturais (Classe 7) (Moscovici, 2000; Jodelet, 1989; Doise, 1992; Berger & Luckmann, 2003; Abric, 1996; Wachelke, 2005).

A coexistência de representações baseadas em crenças e conhecimento científico também é identificável nos dados. A Classe 2 (loucura como desordem psíquica) reflete uma representação fundamentada no conhecimento biomédico, enquanto a Classe 6 (loucura como construção social) revela representações baseadas em crenças e normativas culturais. Esse fenômeno é explicado pelo conceito de polifasia cognitiva, que permite a coexistência de diferentes formas de interpretação, como evidenciado na oscilação entre percepções da loucura como sofrimento psíquico (Classe 1) e como risco social (Classe 5) (Jodelet, 1989; Moscovici, 2000; Aikins, 2012; Jovchelovitch, 2014).

As três dimensões propostas por Moscovici são visíveis na estrutura das classes. A dimensão da informação se manifesta na predominância de discursos médicos e culturais sobre a loucura. O campo de representação é evidenciado na maneira como diferentes significados são organizados nos resultados, formando categorias como perda de controle (Classe 5) e dissociação da realidade (Classe 3). A dimensão da atitude é central na análise, pois há uma forte influência de componentes afetivos como medo (Classe 5), compaixão (Classe 7) e preconceito (Classe 3) (Moscovici, 2000; Moscovici, 2002; Jodelet, 1989; Doise, 1992; Abric, 1993; Campos & Rouquette, 2000).

A objetivação é observada na cristalização de imagens sociais da loucura. O processo de seleção e contextualização se reflete no destaque de elementos como alucinações, descontrole e periculosidade (Classe 3 e Classe 5). A formação do núcleo figurativo é perceptível na associação entre loucura e transtornos psiquiátricos (Classe 2). A naturalização ocorre quando essas representações são aceitas socialmente como verdades, reforçando estigmas e justificando práticas de exclusão (Abric, 1993; Jodelet, 1989; Moscovici, 2000; Sá, 1996).

A ancoragem, por sua vez, é vista em suas diferentes formas. A ancoragem psicológica aparece na Classe 1, onde a loucura é interpretada como sofrimento subjetivo. A ancoragem emocional é evidente no medo (Classe 5) e na empatia (Classe 7). A ancoragem sociológica se manifesta na Classe 6, ao discutir a loucura como um rótulo imposto. A ancoragem psicossocial emerge na Classe 4, que contrapõe normalidade e insanidade, enquanto a ancoragem semântica se reflete no uso de expressões cotidianas e culturais para descrever a loucura (Doise, 1992; Trindade, Santos & Almeida, 2014; Jodelet, 1989; Moscovici, 2002).

Os seis SRS estão presentes nos resultados, evidenciando a abrangência do modelo. O SRS Biomédico é representado na Classe 2, que define a loucura como transtorno mental. O

SRS Psicológico aparece na Classe 1, enfatizando a loucura como um colapso subjetivo. O SRS Sociocultural predomina na Classe 6, que trata a loucura como uma construção social. O SRS Filosófico-Existencial manifesta-se na Classe 4, ao discutir a loucura como perda da razão. Por fim, o SRS Artístico-Criativo pode ser percebido na resignificação da loucura como liberdade e criatividade, especialmente na Zona de Contraste (Jodelet, 1989; Moscovici, 2002; Abric, 1998; Figueiredo, 2019; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018; Moura & Maciel, 2024).

O Sistema Espiritual-Religioso não emergiu nos resultados da CHD, possivelmente devido a diversos fatores. Primeiramente, a construção discursiva dos participantes esteve mais ancorada em sistemas de representação predominantes no discurso público e acadêmico, como o biomédico, psicológico e sociocultural, que historicamente possuem maior legitimidade nas discussões sobre a loucura. Além disso, a secularização do pensamento moderno e a predominância de abordagens científicas podem ter reduzido a centralidade das explicações espiritual-religiosas na amostra analisada, refletindo uma tendência social de dissociar a loucura de concepções místicas e transcendentais (Dalgarrondo, 2009; Huguelet & Koenig, 2009; Moreira-Almeida, 2009; Moscovici, 2000; Sousa, Maciel, & Medeiros, 2018)

Outro fator relevante pode ser o perfil dos participantes, como é uma amostra com maior acesso à educação formal e ao discurso científico, isso favorece representações mais alinhadas ao universo reificado e menos a explicações baseadas em crenças espirituais. Por fim, é possível que, embora elementos espirituais possam influenciar subjetivamente as percepções individuais sobre a loucura, eles não tenham sido verbalizados com a mesma frequência, seja por receio de julgamento social ou por não serem imediatamente associados ao tema na dinâmica da pesquisa (Doise, 1992; Jodelet, 1989; Moscovici, 2000; Rosa & Bocci, 2012).

Essa falta de representatividade deste SRS também ocorre devido à técnica de análise, A CHD leva em conta a relevância e a quantidade das respostas dos sujeitos (Camargo & Justo,

2018). Analisando o banco percebemos que algumas respostas podem ser demonstradas como pertencentes ao SRS espiritual-religioso, porém não tiveram representatividade e relevância o suficiente para a formação das classes. A seguir apresentamos algumas destas frases.

**Sujeito 33:** "Loucura é ausência de Deus ou perturbação mental."

**Sujeito 184:** "A loucura pode ser uma influência espiritual, algo que tira a pessoa do caminho certo e a deixa sem controle sobre sua própria vida."

**Sujeito 190:** "Algumas pessoas dizem que a loucura pode ser uma provação, um teste espiritual que faz a pessoa enxergar coisas que os outros não veem."

**Sujeito 196:** "Alguns acreditam que a loucura pode ser uma forma de conexão com o divino, como se a pessoa recebesse mensagens que ninguém mais consegue ouvir."

As frases selecionadas demonstram que, assim como postulado no modelo, o SRS espiritual-religioso gira em torno de interpretações que vão desde explicações negativas, como influencia espiritual ou castigo divino (Sujeito 33, sujeito 184), até percepções mais neutras ou positivas, como uma forma de provação espiritual ou conexão com o divino (Sujeito 190, sujeito 196). Essas representações demonstram a integração entre crenças religiosas tradicionais e interpretações espirituais contemporâneas, formando um sistema polifásico no qual a loucura pode ser vista tanto como um fenômeno transcendental quanto como um sinal de desvio moral ou fraqueza espiritual (Huguelet & Koenig, 2009; Dalgarrondo, 2009; Menezes Júnior & Moreira-Almeida, 2009; Moreira-Almeida, 2009).

Os resultados empíricos corroboram a pertinência do Modelo Integrativo das RS da Loucura ao capturar as dinâmicas complexas que regulam as representações desse fenômeno. A tríade Ego-Alter-Objeto estrutura a interação entre indivíduo, coletividade e objeto representado. A coexistência de representações baseadas em crenças e conhecimento é sustentada pela polifasia cognitiva. Os processos de objetivação e ancoragem fundamentam a estruturação simbólica da loucura, enquanto os diferentes SRS organizam as formas de compreender e intervir sobre esse fenômeno (Moscovici, 2000; Jodelet, 1989; Doise, 1992; Abric, 1994; Abric, 1998; Jovchelovitch, 2004; Rosa & Bocci, 2012; Wachelke, 2005).

Assim, o modelo se demonstra não apenas adequado, mas também essencial para uma análise abrangente e interdisciplinar das RS da Loucura, permitindo compreender sua dinamicidade e oscilantes disputas de sentido ao longo da história e nos contextos contemporâneos.

#### **4 Considerações Parciais**

Este estudo buscou compreender as RS da loucura entre residentes da Paraíba, utilizando o Modelo Integrativo como referencial teórico-metodológico. A análise empreendida revelou que a loucura não é um conceito fixo ou unívoco, mas um fenômeno multidimensional atravessado por diferentes sistemas de compreensão, incluindo perspectivas biomédicas, psicológicas, socioculturais, filosófico-existenciais, artístico-criativas e espirituais-religiosas.

Os resultados indicam que as RS da loucura ainda carregam um viés estigmatizante, ancorado na dicotomia histórica entre razão e desrazão. O medo e a percepção da insanidade como um fenômeno descontrolado e potencialmente perigoso permanecem elementos centrais nas representações, reforçando mecanismos de exclusão e medicalização do sofrimento psíquico. Entretanto, também emergiram representações que apontam para uma resignificação da loucura, associando-a à criatividade, à liberdade e à resistência social, revelando a polifasia cognitiva em torno do tema.

O Modelo Integrativo demonstrou-se uma ferramenta útil ao permitir a análise dos diferentes níveis de estruturação das RS, evidenciando a interação entre crenças, conhecimento científico, experiências subjetivas e discursos institucionais. A relação entre Ego, Alter e Objeto mostrou-se fundamental na dinâmica da construção das RS da loucura, onde diferentes atores sociais modulam suas percepções de acordo com contextos históricos, culturais e institucionais.

As contribuições deste estudo se estendem para áreas como a psicologia social, a saúde mental e as políticas públicas. Ao revelar a complexidade das RS da loucura e a coexistência

de diferentes formas de ancoragem e objetivação, este trabalho contribui para a construção de estratégias mais inclusivas de cuidado em saúde mental e para a promoção de uma compreensão mais humanizada do sofrimento psíquico.

Dentre as limitações da pesquisa, destaca-se a amostra predominantemente composta por indivíduos com acesso ao ensino superior e familiaridade com discursos científicos, o que pode ter influenciado a predominância de representações biomédicas e psicológicas. Estudos futuros podem ampliar a diversidade amostral, incluindo grupos com diferentes perfis socioeconômicos e culturais, bem como explorar análises longitudinais para verificar a evolução das RS da loucura ao longo do tempo.

Para as próximas décadas, espera-se que as RS da loucura continuem a se transformar sob influência de avanços científicos, mudanças sociopolíticas e novas formas de subjetivação da experiência psíquica. A expansão dos discursos sobre neurociência e genética pode reforçar a medicalização da loucura, ao mesmo tempo em que movimentos antimanicomiais e debates sobre saúde mental coletiva podem fortalecer abordagens mais holísticas e inclusivas. Ademais, a crescente digitalização da vida social e a proliferação de discursos midiáticos tendem a influenciar as percepções sobre a insanidade, podendo tanto ampliar espaços de acolhimento quanto intensificar processos de estigmatização.

Assim, defendemos que a loucura não pode ser compreendida de forma reducionista, mas sim como um campo de disputas de sentido, atravessado por dinâmicas históricas, sociais e culturais. A loucura não é apenas um desvio, mas uma construção discursiva que reflete os mecanismos de poder que a instituem. Compreender a loucura é desnudar as regras invisíveis que definem quem pode falar, quem deve calar e quem será segregado.



*"O que chamamos de 'normal' é um produto da repressão, negação, cisão, projeção, introjeção e outras formas de ação destrutiva sobre a experiência. Está radicalmente alienado da estrutura do ser. Quanto mais se percebe isso, mais sem sentido se torna persistir em descrições generalizadas de supostos mecanismos especificamente esquizoides, esquizofrênicos ou histéricos. Existem formas de alienação relativamente distintas das formas estatisticamente 'normais' de alienação. O indivíduo 'normalmente' alienado, pelo simples fato de agir mais ou menos como todos os outros, é considerado são. Outras formas de alienação que destoam do estado predominante de alienação são aquelas rotuladas pela maioria 'formal' como ruins ou insanas"*  
(R.D. Laing).

# Considerações Finais

**Fernando Diniz (1918–1999) foi um artista cuja obra emergiu do contexto da institucionalização psiquiátrica, tornando-se um dos principais expoentes do ateliê de Nise da Silveira. A obra abaixo (sem título) reflete a expressão subjetiva da loucura, transformando o sofrimento psíquico em linguagem visual e desafiando as fronteiras entre criação artística e patologização.**



## *Considerações Finais*

---

Ao longo desta tese, procuramos compreender como diferentes sistemas históricos, sociais e epistêmicos estruturam, interagem e transformam as RS da loucura, modulando subjetividades, normatividades e práticas sociais contemporâneas. A articulação entre os SRS e a polifasia cognitiva demonstrou ser um referencial analítico robusto para capturar a complexidade desse fenômeno, evidenciando as disputas simbólicas que configuram a percepção da loucura ao longo do tempo. Se a loucura jamais foi uma categoria fixa, tampouco o são as formas pelas quais a interpretamos e os regimes de verdade que a sustentam.

O percurso histórico traçado revelou que a loucura sempre esteve vinculada a estruturas de poder e mecanismos de regulação social. Da inspiração divina na Antiguidade à demonização medieval, do confinamento moderno ao modelo biomédico contemporâneo, percebe-se uma trajetória de tensionamentos entre exclusão e integração, medicalização e ressignificação. A emergência da psiquiatria como disciplina científica consolidou a loucura como um objeto de intervenção biopolítica, submetido à normatização e ao controle institucional. Contudo, resistências surgiram em diversos momentos, desde os debates filosóficos e existenciais que desafiaram a razão até os movimentos reformistas que impulsionaram mudanças no paradigma da saúde mental.

O Modelo Integrativo das RS da Loucura permitiu analisar como os SRS biomédico, psicológico, sociocultural, filosófico-existencial, artístico-criativo e espiritual-religioso coexistem em um campo polifásico, ora se reforçando mutuamente, ora entrando em conflito. O estudo empírico evidenciou a predominância do discurso biomédico na configuração das RS da loucura, sustentando práticas de medicalização e patologização do sofrimento psíquico. Entretanto, também emergiram contranarrativas que associam a loucura à criatividade, à experiência subjetiva e à resistência social, indicando uma abertura para discursos alternativos. A análise da objetivação revelou que imagens estereotipadas, como a do "louco perigoso" ou

"insano", continuam fortemente enraizadas no imaginário social, legitimando práticas de exclusão. Por outro lado, a ancoragem demonstrou que diferentes grupos interpretam a loucura a partir de referenciais diversos, oscilando entre explicações neurocientíficas, psicodinâmicas, culturais e espirituais.

Diante dos objetivos traçados, podemos afirmar que a pesquisa alcançou satisfatoriamente suas metas, mapeando historicamente os SRS da loucura e identificando suas transformações ao longo dos séculos. Foi possível examinar os processos de objetivação e ancoragem que sustentam essas representações e explorar a dinâmica da polifasia cognitiva na coexistência e tensão entre múltiplas explicações sobre a loucura. A tríade Ego-Alter-Objeto mostrou-se um referencial útil para compreender como as representações se estruturam na relação entre sujeito, sociedade e fenômeno representado, evidenciando processos de identificação, alteridade e estigmatização. A análise crítica da hegemonia biomédica destacou os impactos da psiquiatrização da vida cotidiana, bem como os desafios para a implementação de modelos mais humanizados de atenção em saúde mental. A diversidade de sistemas explicativos foi amplamente explorada, demonstrando que a loucura não é um fenômeno unívoco, mas um campo de disputas epistemológicas e culturais. Finalmente, ao propor um modelo integrativo que articula os SRS e a polifasia cognitiva, esta tese contribui para o avanço da TRS, oferecendo uma abordagem interdisciplinar e crítica sobre a construção social da loucura.

No que diz respeito aos pressupostos da pesquisa, as análises corroboraram a ideia de que a loucura é uma construção social e histórica modulada por discursos, normatividades e disputas epistêmicas, sendo representada por múltiplos sistemas explicativos que coexistem em tensão e ressignificação contínuas. As RS da loucura se mostraram historicamente situadas, legitimando práticas normativas, mas também sendo passíveis de transformação por disputas simbólicas. O conceito de SRS demonstrou ser fundamental para estruturar o conhecimento

sobre a loucura, superando a fragmentação teórica que permeia a literatura. A polifasia cognitiva, por sua vez, revelou-se um mecanismo essencial para entender como diferentes sistemas de explicação interagem, gerando tanto complementaridade quanto conflito. Os processos de objetivação e ancoragem confirmaram-se como chaves analíticas para compreender como a loucura é cristalizada em imagens e discursos, ao mesmo tempo em que sua ressignificação permite novas formas de abordagem e cuidado. Por fim, a influência da mídia e do neoliberalismo foi discutida evidenciando o impacto da espetacularização da loucura e da individualização do sofrimento psíquico, que desloca a responsabilidade pelo adoecimento mental para o sujeito, obscurecendo seus determinantes sociais e históricos.

A despeito de suas contribuições, esta pesquisa também possui limitações. A amostra utilizada na investigação empírica, embora relevante, não abarcou todas as variáveis socioculturais que poderiam influenciar as RS da loucura, como diferenças regionais e de acesso a serviços de saúde mental. Além disso, embora o Modelo Integrativo tenha se demonstrado um referencial robusto, sua aplicabilidade em diferentes contextos ainda demanda aprofundamento. A dinâmica entre os SRS e sua influência nas políticas públicas de saúde mental é uma dimensão que poderia ser mais explorada em estudos futuros.

Nesse sentido, os desafios para as pesquisas futuras são múltiplos. Primeiramente, é necessário testar o Modelo Integrativo em outros contextos socioculturais e amostrais, ampliando a compreensão da interação entre os diferentes SRS da loucura. Estudos longitudinais poderiam analisar como essas representações evoluem ao longo do tempo e em resposta a transformações sociais e políticas. Investigações interdisciplinares que integrem a TRS, os estudos culturais e a psiquiatria crítica podem oferecer novas perspectivas sobre a construção da loucura no imaginário social. Além disso, há uma necessidade de aprofundamento das contranarrativas sobre a loucura, explorando como discursos alternativos,

como os do Movimento Antimanicomial e de coletivos de usuários da saúde mental, estão ressignificando as representações hegemônicas.

Atualmente, o Modelo Integrativo está em desenvolvimento contínuo, sendo aplicado em um projeto de doutorado em andamento no GSPMDQ/PPGPS, onde servirá como referencial teórico central para uma nova pesquisa de tese, aprofundando e expandindo suas aplicações. Essa continuidade reforça a relevância da presente tese e abre caminhos para a consolidação do modelo como um arcabouço teórico-metodológico no campo das RS da Loucura. A expectativa é que novas pesquisas possam não apenas validar a aplicabilidade do modelo, mas também ampliá-lo, incorporando novas dimensões explicativas e ajustando suas proposições em diálogo com diferentes contextos sociais e culturais.

Assim, esta tese não se encerra em si mesma, mas inaugura um percurso de investigações que podem contribuir para uma compreensão mais ampla e crítica da loucura. A multiplicidade de representações que envolvem esse fenômeno não apenas revela as tensões e disputas que o atravessam, mas também aponta para a possibilidade de ressignificações e práticas mais inclusivas e humanizadas. O reconhecimento da loucura como parte constitutiva da experiência humana nos desafia a pensar para além dos enquadramentos normativos e biomédicos, abrindo espaço para a construção de políticas e saberes que respeitem a pluralidade das vivências e os direitos daqueles que experienciam o sofrimento psíquico. Ao propor um modelo que articula múltiplas perspectivas, este estudo reafirma o compromisso com uma ciência crítica, interdisciplinar e comprometida com a transformação social.

## ***Referências Bibliográficas***

---

- Abric, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. DelVal.
- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: Their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, 2, 75–78.
- Abric, J. C. (1994). Représentations sociales: Aspects théoriques. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11–36). Presses Universitaires de France.
- Abric, J. C. (1996). Specific processes of social representations. *Papers on Social Representations*, 5, 77–80.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das RS. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Eds.), *Estudos interdisciplinares de RS* (pp. 27–38). AB.
- Abric, J. C. (2001). A structural approach to social representations. In K. Deaux & G. Philogène (Eds.), *Representations of the social* (pp. 42–47). Blackwell.
- Abric, J. C. (2003). La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In J. C. Abric (Ed.), *Méthodes d'études des représentations sociales* (pp. 60–80). Érès.
- Aikins, A. D. (2012). Familiarising the unfamiliar: Cognitive polyphasia, emotions and the creation of social representations. *Papers on Social Representations*, 21, 7–1.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27–58.
- Albuquerque, F. (2024, 20 de agosto). Saúde mental: Memes da internet deboçam dos usuários dos CAPS e reforçam estigma. *Universidade Federal de Minas Gerais*.  
<https://www.ufmg.br>

- Alves, C. F. O., Ribas, V. R., Alves, E. V. R., Tavares, M., Lima, D. C., & de Castro, R. M. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*, 72(1), 1.
- Alves, T. M. (2017). Gênero e saúde mental: Algumas interfaces. *ComTextos: Coleção Working Papers ICS*. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA-UMinho). <https://hdl.handle.net/1822/46599>
- Amarante, P. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Garamond.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andrade, M. T. M. (2023). Entre avanços e recuos: A história da reforma psiquiátrica [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Campina Grande]. *Repositório Digital da UFCG*. <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/3104>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1999). Social representations of mental illness among the public. *Social Science & Medicine*, 48(2), 231–242.
- Araújo, J. R. S., & Sugizaki, E. (2024). A história da loucura através dos séculos: De Foucault à modernidade. *Research, Society and Development*, 13(9), e12713947005.
- Araújo, O. L. de. (2011). Enlouquecer para punir: Loucura na tragédia grega. *Fragmentos: Revista de Língua e Literatura Estrangeiras*, 22(2), 43–49. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19620>
- Aristóteles. (1991). *Ética a Nicômaco* (L. Vallandro & G. Bornheim, Trad.; W. D. Ross, Versão inglesa). Nova Cultural.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos De Pesquisa, (117)*, 127–147. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>
- Arruda, A. (2014). RS: Dinâmicas e redes. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 442–491). Technopolitik.
- Ayaya, S., & Kitanaka, J. (2023, June 12). Tōjisha-kenkyū: This radical movement makes space for people with mental health and other challenges to study (and celebrate) themselves. *Aeon*. <https://aeon.co/>
- Banchs, M. A. (1996). El papel de la emoción en la construcción de representaciones sociales: Invitación para una reflexión teórica. *Papers on Social Representations, 5*, 113–126.
- Bankhead, I. (2016). Thomas Aquinas on mental disorder and the sacraments of baptism and the Eucharist: Summa Theologica 3.68.12 and 3.80.9 revisited. *Journal of Disability & Religion, 20(4)*, 239–264.
- Barbosa, M., & Costa, N. (2023). A loucura nas famílias em tempos de reforma psiquiátrica: Uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia em Pesquisa, 17(2)*, 1–35.
- Basaglia, F. (2005). As instituições da violência. In P. Amarante (Ed.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 91–149). Garamond.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Política & Trabalho, 40*, 1–15.
- Baum, E. (2018). *The invention of madness: State, society, and the insane in modern China*. University of Chicago Press.
- Baum, E., & Chiang, H. (2021). Histories and cultures of mental health in modern East Asia: New directions. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 57(3)*.

- Bazin, N. T. (1995). Southern Africa and the themes of madness: Novels by Doris Lessing, Bessie Head, and Nadine Gordimer. In A. E. Brown & M. E. Goozé (Eds.), *International women's writing: New landscapes of identity* (pp. 137-149). Greenwood Press. [https://digitalcommons.odu.edu/english\\_fac\\_pubs/142](https://digitalcommons.odu.edu/english_fac_pubs/142)
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento*. Vozes.
- Birman, J. (2010). Descartes, Freud e a experiência da loucura. *Natureza Humana*, 12(2), 5-21. Recuperado em 06 de março de 2025, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302010000200001&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200001&lng=pt&tlng=pt).
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. D. L. T. (2001). *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia* (9ª ed.). Editora Saraiva.
- Borch-Jacobsen, M. (2001). *Making minds and madness: From hysteria to depression*. Cambridge University Press.
- Brito, H. B. D., & Catrib, A. M. F. (2004). RS e subjetividade do adoecer psíquico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 285-296.
- Buschini, F., & Doise, W. (2008). Ancrages et rencontres dans la propagation d'une théorie. In B. Madiot, E. Lage, & A. Arruda (Eds.), *Une approche engagée en psychologie sociale: L'œuvre de Denise Jodelet* (pp. 13-25). Érès.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 125-137. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200003>

- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - UFSC. Recuperado de <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
- Campos, P. H. F., & Rouquette, M. L. (2000). La dimension affective des représentations sociales: Deux recherches exploratoires. *Bulletin de psychologie*, 53(448), 435–441.
- Campos, T. P. M. (2013). Loucura concreta e loucura rústica: Ensaio sobre a imagem do diferente na contemporaneidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(11), 26–43.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- Caponi, S., & Valencia, M. F. V. (2013). *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. LiberArs.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienado* (2ª ed.). Graal.
- Cavalcante, R. C. (2020). O social para a saúde mental sob a contrarreforma neoliberal. *Argumentum*, 12(2), 36-43.
- Chiang, H. (Ed.). (2014). *Psychiatry and Chinese history*. Routledge.
- Chiang, M. H. (2015). What is so healthy about healthy realism? The representation of female madness in Bai Jingrui's *Lonely Seventeen* (1967). *Studies on Asia*, 4(5), 2–32. Cornell University Press. (Cherubini, 2006)
- Clarke, B. (1975). *Mental illness in earlier Britain*. University of Wales Press.
- Clémence, A., Doise, W., & Lorenzi-Cioldi, F. (1994). Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 119–152). Delachaux et Niestlé.

- Clémence, A., Green, E. G. T., & Courvoisier, N. (2014). Comunicação e ancoragem: A difusão e a transformação das representações. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 238–261). Technopolitik.
- Colvero, L. D. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38, 197-205.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Corbanezi, E., Caponi, S., & Mazon, M. D. S. (2024). Saúde mental, neoliberalismo e subjetividade na atualidade. *Caderno CRH*, 37, e024025.
- Costa, J. P., Jorge, M. S. B., Coutinho, M. P. D. L., Costa, E. C., & Holanda, Í. T. A. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: RS dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia e Saber Social*, 35-45.
- Costa, T. (2024). *Memetização e saúde mental: O triste deboche do CAPS* [Radiodocumentário]. Rádio UFMG Educativa.
- Coudin, G. (2012). The breakdown of the hegemonic representation of madness in Africa. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 43(1), 23-44.
- Coudin, G. (2013). The breakdown of the hegemonic representation of madness in Africa. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 43(1), 23-44.
- Dalgalarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 25-33.
- Dalgalarrondo, P. (2009). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Artmed.

- Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.
- Dalgalarrondo, P., Gutman, G., & Oda, A. M. G. R. (2007). Osório Cezar e Roger Bastide: As relações entre arte, religião e psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(1), 101–117.
- Dantas, M. A. F., & Chaves, A. M. (2007). Saúde custodiada: Representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27, 342–357.
- Descartes, R. (2005). *Meditações metafísicas*. Martins Fontes.
- Desinstitute. (2025). Sobre o Desinstitute. *Desinstitute*. Recuperado em 8 de março de 2025, de <https://desinstitute.org.br/sobre/>
- Dias, P. B., Cavalcanti, M. S., Nery, L. A., Duarte, J. F. M., & Santos, D. F. M. (2003). *Arte, loucura e ciência no Brasil: As origens do Museu de Imagens do Inconsciente* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
- Dixit, S. (2005). Meaning and explanations of mental illness: A social representations approach. *Psychology & Developing Societies*, 17, 1-18.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 189–195.
- Doise, W. (2002). Da psicologia social à psicologia societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 27–35.
- Doise, W. (2014). Sistema e metassistema. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 164–211). Technopolitik.

- Durkheim, E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse: Le système totémique en Australie*. Alcan.
- Eagly, A. H. (1993). *The psychology of attitudes*. Thomson Wadsworth.
- Eidt, L. M. (2004). Being leprous: Feelings and experiences. *Hansen International*, 29(1), 21–27.
- Eiji, S. (1994). Modernity and madness: Lu Xun, Sōseki, and Irokawa Takehiro. *Review of Japanese Culture and Society*, 6, 48–53.
- Eromosele, F. (2021). *Madness, decolonisation and mental health activism in Africa*. In B. LeFrançois, S. Menzies, & G. Reaume (Eds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies* (1st ed., pp. 328–337). Routledge.
- Esonwanne, U. (1990). *The madness of Africa (ns): Or, anthropology's reason*. *Cultural Critique*, 17, 107–126.
- Farias, D. D. H., & Losada, A. V. (2022). RS da loucura de equipes multidisciplinares no Brasil. *Revista Sol Nascente*, 11(1), 51–78.
- Farias, D. D. H., & Losada, A. V. (2022). *RS da loucura de equipes multidisciplinares no Brasil*. *Revista Sol Nascente*, 11(01), 51-78.
- Farinhuk, P., Savaris, L. E., & Franco, R. S. (2021). *Transtorno mental e sofrimento psíquico: RS de profissionais da Atenção Básica à Saúde*. *Research, Society and Development*, 10(3), e24010313267.
- Félix, L. B., de Andrade, D. A., Ribeiro, F. S., Correia, C. C. G., & de Souza Santos, M. D. F. (2016). *O conceito de SRS na produção nacional e internacional: Uma pesquisa bibliográfica*. *Psicologia e Saber Social*, 5(2), 198–217.

- Figueiredo, A. C. (2019). *Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia*. *Revista Psicologia Política*, 19(44), 78–87.
- Figueirêdo, M. L. R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). *Entre loucos e manicômios: História da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil*. *Caderno de Graduação: Ciências Humanas e Sociais - UNIT-ALAGOAS*, 2(2), 121–136.
- Fontes, B. (2014). *Tecendo redes, suportando o sofrimento: Sobre os círculos sociais da loucura*. *Sociologias*, 16(37), 112-143.
- Foster, J. (2001). *Unification and differentiation: A study of the social representations of mental illness*. *Papers on Social Representations*, 10, 3-1.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique: Folie et déraison*. Plon.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica* (J. T. C. Netto, Trad.). Perspectiva.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. In *História da sexualidade I: a vontade de saber* (pp. 152-152).
- Foucault, M. (1999). *As palavras e as coisas*. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins.
- Foucault, M. (2006). *Loucura, literatura, sociedade. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 232-258. In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.232-258.
- Foucault, M. (2008). *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6ª ed.
- Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. Holt, Rinehart and Winston.
- Fromm, E. (1976). *To have or be*. Harper & Row.

- Garcia, T. S. (2015). *A loucura impressa: Uma RS da loucura na mídia impressa, no contexto da Crise da Dinsam (1978–1982)* [Dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. Simon & Schuster. (Original publicado em 1963).
- González Rey, F. (1997). *Psicologia e saúde: desafios atuais*. *Psicologia: reflexão e crítica*, 10(2), 275- (González-Rey, 2015)
- Graeff, F. G. (2006). Neurociência e psiquiatria. *Psicologia Clínica*, 18, 27–33.
- Han, B.-C. (2015). *Sociedade do cansaço* (E. P. Giachini, Trad.). Vozes.
- Heinrichs, R. W. (2001). *In search of madness: Schizophrenia and neuroscience*. Oxford University Press.
- Homero. (2016). *A Ilíada de Homero: Adaptada para jovens* (F. Lourenço, Adapt.; R. de Luchi, Ilust.). Edições Cotovia.
- Huguelet, P., & Koenig, H. G. (Eds.). (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, 294(17), 2221–2224. <https://doi.org/10.1001/jama.294.17.2221>
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Trans.; 7th ed.). Manchester University Press.

- Jesuino, J. C. (2014). Um conceito reencontrado. In A. M. O. Oliveira, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 41–75). Technopolitik.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales: Phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. PUF.
- Jodelet, D. (1990). RS: Fenômeno, concepção e teoria. In *Psicologia social*. Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1991). *Madness and social representations*. University of California Press.
- Jodelet, D. (2002). Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). *As Representações sociais* (pp. 17–44). Eduerj.
- Jodelet, D. (2005). RS: Histórias e avanços teóricos. In D. C. Oliveira & P. H. F. Campos (Eds.), *RS: Uma teoria sem fronteiras* (pp. 11–21). Museu da República.
- Jodelet, D. (2007). Imbricações entre RS e intervenção. In A. S. P. Moreira & B. V. Camargo (Eds.), *Contribuições para teoria e o método de estudos das RS* (pp. 45–74). Editora Universitária da UFPB.
- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das RS. *Sociedade e Estado*, 24, 679–712.
- Jodelet, D. (2014). A fecundidade múltipla da obra *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 262–297). Technopolitik.
- Jorge, M. S. B., & Bezerra, M. L. M. R. (2004). Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: RS. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 13, 551-558.

- Jovchelovitch, S. (2004). Psicologia social, saber, comunidade e cultura. *Psicologia & Sociedade, 16*, 20–31.
- Jovchelovitch, S. (2014). RS e polifasia cognitiva: Notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 212–237). Technopolitik.
- Kleinman, A. (2016). Do psychiatric disorders differ in different cultures? In *Understanding and applying medical anthropology* (pp. 300–310). Routledge.
- Koenig, A. M. (2013). *Robbed of their minds: Madness, medicine and society in Southeastern Germany from 1350 to 1500* [Doctoral dissertation, Northwestern University].
- Kroll, J. (1973). A reappraisal of psychiatry in the Middle Ages. *Archives of General Psychiatry, 29*, 276–283.
- Kroll, J. (1977). The concept of childhood in the Middle Ages. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 13*, 384–393.
- Kroll, J., & Bachrach, B. (1984). Sin and mental illness in the Middle Ages. *Psychological Medicine, 14*(3), 507–514.
- Lahlou, S. (2014). Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 78–133). Technopolitik.
- Lahlou, S. (2014). Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *TRS: 50 anos* (pp. 78–133). Technopolitik.
- Laing, R. D. (1960). *The divided self*. Tavistock Publications.

- Lemos, C. (2013). Tratamento compulsório: Droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, 5(2), 319-337.
- Linde, P. (2002). *Of spirits and madness: An American psychiatrist in Africa*. McGraw Hill Professional.
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 21–50.
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 21–50.
- Macêdo, A. M. B. (2001). *Reabilitação psicossocial e sofrimento psíquico do indivíduo: Imagens e significados compartilhados pela família* [Dissertação de mestrado].
- Machado, A. L. (1999). *Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria*.
- Machado, A. L. (2004). Reforma psiquiátrica e mídia: RS na Folha de S. Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 483-491.
- Maciel, S. C. (2008). *Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, João Pessoa, PB.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & de Melo, J. R. F. (2011). RS de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204.
- Maciel, S. C., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Pereira, C. R., Camino, L. F., & Silva, G. L. S. (2019). Social exclusion of people who suffer from mental disorders: A proposal for an

- explanatory model. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2915. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Marková, I. (2003). *Dialogicity and social representations: The dynamics of mind*. Cambridge University Press.
- Marková, I. (2006). On 'the inner alter' in dialogue. *International Journal for Dialogical Science*, 1(1), 125-147.
- Marková, I. (2017). A fabricação da teoria de RS. *Cadernos de Pesquisa*, 47(163), 358-375. <https://doi.org/10.1590/198053143760>
- Merriman, J. (2009). *A history of modern Europe: From the Renaissance to the present (Vol. 1)*. W.W. Norton & Company.
- Monroe, R. R. (1992). Creativity and madness: New findings and old stereotypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(1), 63. <https://doi.org/10.1097/00005053-199201000-00013>
- Monteiro, D. D., Reichow, J. R. C., Sais, E. D. F., & Fernandes, F. D. S. (2020). Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 129-139.
- Montenegro, M. A. P. (2014). Notas sobre a loucura no *Fedro* de Platão. *Argumentos - Revista de Filosofia*, 6(12), 26–38. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/24083>
- Moreira-Almeida, A., & Menezes Júnior, A. D. (2009). O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36, 75-82.

- Morinis, A. (1985). Sanctified madness: The God-intoxicated saints of Bengal. *Social Science & Medicine*, 21(2), 211–220.
- Moscovici, S. (1978). *A Representações Sociais da psicanálise*. Zahar.
- Moscovici, S. (1984). The myth of the lonely paradigm: A rejoinder. *Social Research*, 51, 939–969.
- Moscovici, S. (2000). *Social representations: Explorations in social psychology*. Polity Press.
- Moscovici, S. (2002). *RS: Investigações em psicologia social*. Vozes.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das RS. In S. Moscovici (Ed.), *RS: Investigações em psicologia social* (pp. 29–109). Vozes.
- Moscovici, S. (2007). *RS: Investigações em psicologia social* (5ª ed.). Vozes.
- Moscovici, S. (2009). Preconceito e RS. In A. M. O. Almeida & D. Jodelet (Eds.), *RS: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas* (pp. 17–34). Thesaurus.
- Moura, L. M. S. de. (2021). *Preconceito, religiosidade e RS: Articulações sobre a esquizofrenia* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social.
- Moura, L. M. S. de., & Maciel, S. C. (2024). RS da loucura, sistemas de representações e vácuo representacional: Uma visão integradora. In M. F. P. Alberto, P. C. Zambroni-de-Souza, S. C. Maciel, & C. E. Pimentel (Orgs.), *Psicologia social: Desenvolvimento, valores, desigualdades, saúde e trabalho* (1ª ed., cap. 12). Editora UFPB.
- Naifeh, S. W., & Smith, G. W. (2011). *Van Gogh: The life*. Random House.

- Neihart, M. (1993). Creativity, the arts, and madness. *Roepers Review*, 21(1), 47–50.
- Neves, T. I., Porcaro, L. A., & Curvo, D. R. (2017). Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 626-637. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170016>
- Nietzsche, F. (2002). *Beyond good and evil* (J. Norman, Trans.). Cambridge University Press.
- Nogueira, K., & Di Grillo, M. (2020). TRS: História, processos e abordagens. *Research, Society and Development*, 9(9), e146996756.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pavez, F., Saura, E., & Maset, P. (2021). "Estamos como una cabra": Un análisis temático de la locura en la música punk española (1981-2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 116-129.
- Pereira, A. C. (2023). A psiquiatrização da política no cotidiano brasileiro contemporâneo na mídia impressa e online. *Revista Psicologia Política*, 23(57).
- Pereira, M. A. (1997). *RS de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: A triste passagem e a triste paisagem* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo].
- Pereira, M. A. O. (2003a). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 7, 71-82.

- Pereira, M. E. C. (2004). Pinel—a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 113-116.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Editora 34.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. Editora 34.
- Ribeiro, L. P., & Antunes-Rocha, M. I. (2016). História, abordagens, métodos e perspectivas da TRS. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 407–409. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p407>
- Ribeiro-Neto, P. M., & Avellar, L. Z. (2017). Representações de loucura e cuidado no contexto das residências terapêuticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, e33417.
- Rocha, A. K. P., Caldas, D. L., Maciel, S. C., & Moura, L. M. S. (2022). Diferentes terminologias e suas RS acerca das pessoas em sofrimento psíquico. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 32(2), 256-269.
- Rosa, A. S., & Bocci, E. (2012). Resisting cognitive polyphasia in the social representations of madness. In *Social representations in the 'social arena'* (pp. 267–332). Routledge.
- Rose, D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8(3), 213-228.
- Santos, A. N. S., da Silva, A. G., Dezem, L. T., da Costa Dutra, L., da Silva, L. R., Ripardo, K. K. B., & Moreira, T. E. C. (2025). Desmedicar a vida – Um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no Brasil. *ARACÊ*, 7(2), 7636–7665.

- Santos, M. F. S., & Eskinazi, R. H. (2022). Madness and Anchoring in the Brazilian Press: A Study in Social Representation. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 32, e3231. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3231>
- Sousa, J. L. S., & Massette, P. (2024). Hoje eu tô do jeito que o CAPS não gosta: Cultura, estigma e os desafios da desinstitucionalização da saúde mental. *Práxis em Saúde*, 2(1), 1-15. <https://doi.org/10.56579/prxis.v2i1.1808>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma biomédico x psicossocial: Onde são ancoradas as RS acerca do sofrimento psíquico? *Trends in Psychology*, 26, 883-895.
- Wachelke, J. F. R. (2005). O vácuo no contexto das RS: uma hipótese explicativa para a RS da loucura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10, 313-320.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora Fiocruz.

## *Anexos*

---

### **Anexo 1 – itens do formulário online de coleta de dados**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Título da Pesquisa:** RS da Loucura entre Residentes da Paraíba

**Pesquisador Responsável:** Linniker Moura

**Instituição:** Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** Aprovado sob o CAEE 12942419.9.0000.5188

---

**1. Introdução** Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "RS da Loucura entre Residentes da Paraíba", conduzida pelo(a) pesquisador(a) Linniker Moura, vinculado(a) à Universidade Federal da Paraíba. O objetivo deste estudo é analisar as RS da loucura, utilizando o Modelo Integrativo das RS da Loucura como ferramenta teórica e metodológica.

Sua participação é voluntária e, caso aceite, será solicitada a responder um questionário online que inclui perguntas sociodemográficas, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e uma questão aberta sobre o tema. A pesquisa seguirá as diretrizes éticas da Resolução CNS nº 466/2012 e suas atualizações.

---

**2. Objetivo da Pesquisa** Este estudo busca compreender os significados atribuídos à loucura pelos residentes da Paraíba, considerando diferentes perspectivas (biomédica, psicológica, sociocultural, filosófico-existencial, espiritual-religiosa e artístico-criativa). As informações coletadas serão analisadas para compreender como a loucura é representada socialmente e quais são suas implicações na construção da realidade social.

---

**3. Procedimentos** Se você aceitar participar, será necessário:

- Preencher um questionário online contendo perguntas sobre idade, gênero, escolaridade, ocupação e religião;
- Realizar a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) com o estímulo "loucura";
- Responder uma questão aberta sobre suas percepções e experiências relacionadas ao tema.

A coleta de dados será feita por meio de uma plataforma online segura, garantindo a confidencialidade das informações.

---

#### **4. Riscos e Benefícios**

- **Riscos:** Não há riscos significativos associados à sua participação. Caso algum desconforto emocional surja ao responder sobre temas ligados à loucura e saúde mental, você poderá interromper sua participação a qualquer momento.
  - **Benefícios:** Não há benefícios diretos para os participantes, mas sua contribuição auxiliará na produção de conhecimento científico sobre as RS da loucura, possibilitando avanços na compreensão do tema e reflexões sobre políticas públicas e práticas sociais.
- 

**5. Sigilo e Confidencialidade** As informações coletadas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Os dados serão armazenados em um ambiente seguro e apenas o pesquisador responsável e sua equipe terão acesso a eles. Os resultados serão apresentados de forma agrupada, sem qualquer identificação individual.

---

**6. Direitos dos Participantes** Sua participação é totalmente voluntária. Você pode desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem qualquer prejuízo. Além disso, você tem o direito de solicitar a retirada de seus dados até a fase de análise das respostas.

---

**7. Contato para Esclarecimentos** Caso tenha dúvidas ou precise de mais informações sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável:

- **Nome:** Linniker Moura
- **E-mail:** linnikersoaresmoura@gmail.com
- **Telefone:** (83) 993507606

Se houver dúvidas sobre seus direitos enquanto participante da pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (CEP/UFPB):

- **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br
  - **Telefone:** (83) 3216-7791
- 

**8. Consentimento** Ao assinalar a opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima, teve suas dúvidas esclarecidas e concorda em participar voluntariamente desta pesquisa.

Sim, eu concordo em participar da pesquisa.

Não, eu não concordo em participar da pesquisa.

---

Se não concordar o sujeito é direcionado a uma página final com agradecimentos.

Se concordar, o sujeito é direcionado às perguntas a seguir.

1. Escreva abaixo, em ordem, as cinco (5) primeiras palavras que vêm à sua mente ao pensar no termo 'loucura'. Digite uma palavra por campo, seguindo a ordem exata em que elas surgirem em seu pensamento.
  - a. Palavra 1
  - b. Palavra 2
  - c. Palavra 3
  - d. Palavra 4
  - e. Palavra 5
2. Para você, o que é a loucura? Por favor, descreva livremente suas ideias e o que você pensa.
3. Idade
4. Gênero
5. Escolaridade
6. Religião
7. Grupo profissional
8. Classe social
9. Estado de domicílio

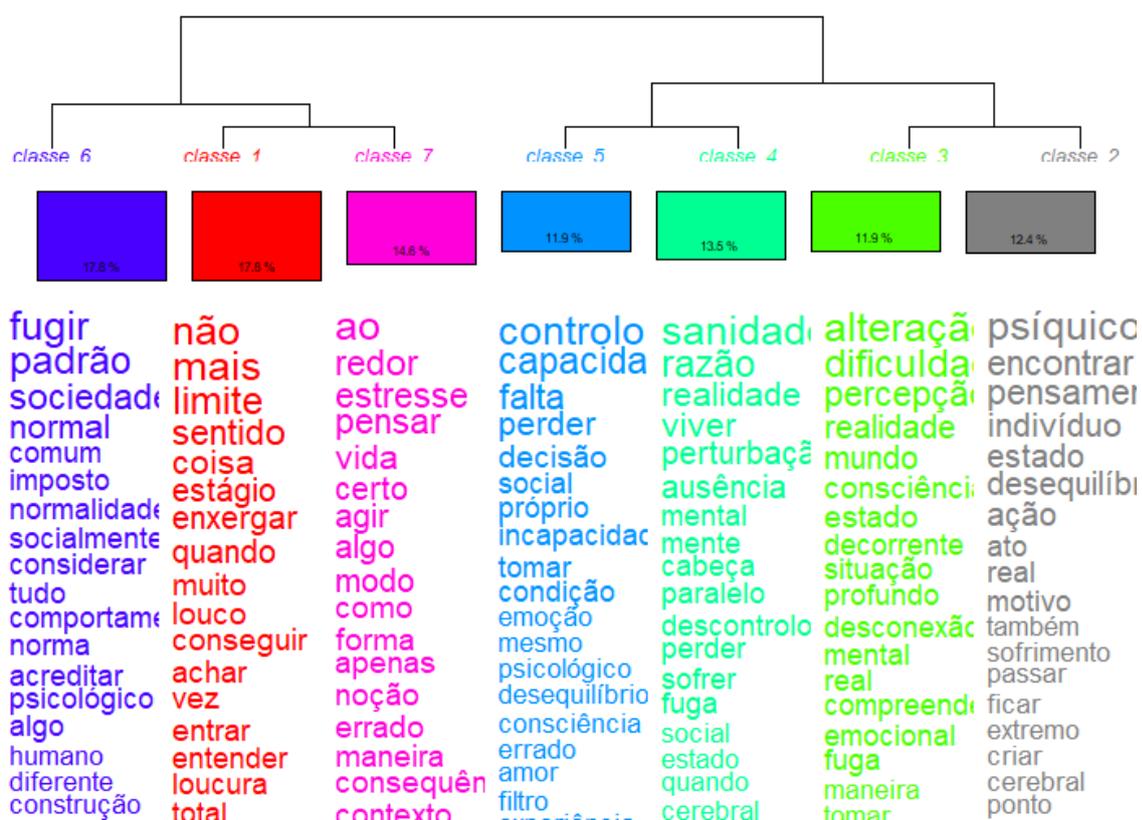
## Anexo 2 - imagem original como retirada do programa dos quadrantes de Análise

### Prototípica

<= 2.94 Rangs > 2.94

	Zone du noyau	Première périphérie
< 7.67 Frequences >= 7.67	<p>medo-31-2.6 doença-30-2.5 insanidade-30-2.1 descontrole-24-2.9 violência-24-2.8 anormal-22-2.9 tristeza-18-2.9 esquizofrenia-17-2.5 desequilíbrio-14-2.1 louco-14-1.6 hospício-14-1.7 manicômio-13-2.7 instabilidade-11-2.1 doido-9-1.6 desprezo-9-2.9 psicologia-9-2.1 surto-8-1.5 dor-8-2.2</p>	<p>delírio-26-3.5 sofrimento-17-4.2 transtorno-16-3.6 desespero-14-3 psiquiatria-14-3.6 alucinação-13-3.6 preconceito-12-3.2 solidão-10-3 isolamento-10-4.1 remédio-9-3 angústia-9-4.2 tratamento-8-3.2 abandono-8-3.5 perturbação-8-3 esquisito-8-3</p>
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	<p>loucura-7-2.1 confusão-7-2.3 liberdade-6-2.8 grito-6-2.7 psicopatia-6-2.3 inconsciência-5-2.2 estigma-5-1.4 desorientação-5-2.4 estresse-5-2.6 família-5-2.2 psicose-5-1.6 pensamento-5-2.4 distúrbio-5-1.2 problema-5-2.8 raiva-4-2 insensatesa-4-1.2 fragilidade-3-2 deficiência-3-2.3 histeria-3-1.3 depressão-3-1.7 erra-3-2 limite-3-2.7 devaneio-3-2.7 insegurança-3-2.7 insônia-3-2.3 pessoa-3-1.3</p>	<p>ansiedade-7-3.1 diferença-7-3.1 maluco-7-4.3 cuidado-7-3 mente-7-4 inquietação-7-4.4 suicídio-7-3.4 incompreensão-6-3.2 paranoia-6-3.7 desamparo-6-3.5 exclusão-6-3.7 irracionalidade-6-3.3 contenção-5-3 sanidade-5-3.4 agressividade-5-3.6 hospital-5-3.6 bizarro-5-3 desconexão-5-4.2 agressivo-5-4 impulsividade-4-3.5 amor-4-3.2 imprevisibilidade-4-3.5 perigo-4-3.8 débil-4-3.2 centro-4-3 doente-4-3.8 inconsciente-4-4.2 comportamento-3-4 perda-3-4.7</p>

### Anexo 3 - imagem original do dendrograma como retirada do programa



## Anexo 4 – Legenda completa do Quadro do Modelo Integrativo

### 1. Setas Simples (→)

- **Fluxo de informação e processos internos:**
  - **Ego → Objeto:** Representa a organização das informações pelo Ego, que estrutura os esquemas centrais da loucura e integra-os na representação.
  - **Objeto → Alter:** Indica a regulação das informações pelo Alter, que estabelece normas sociais sobre o que deve ser conhecido e aceito.
  - **Objeto → Ancoragem:** Demonstra que a representação do objeto (loucura) se ancora em sistemas de referência familiares, como categorias sociais, emocionais e linguísticas.
  - **Objeto → Objetivação:** Indica o processo pelo qual o objeto é selecionado, transformado em um núcleo figurativo e naturalizado no campo social.

### 2. Setas Duplas (↔)

- **Interação dinâmica entre os elementos:**
  - **Fontes de Informação ↔ Campo de Representação:** Representa a troca contínua de informações que alimenta e estrutura a representação social da loucura.
  - **Campo de Representação ↔ Objeto:** Demonstra a interação entre informações coletadas e a definição social do objeto (loucura).
  - **Objetivação ↔ Ancoragem:** Representa a interdependência dos processos de objetivação (transformação do conceito abstrato em algo concreto) e ancoragem (associação a esquemas pré-existentes).

### 3. Linhas Tracejadas (- - -)

- **Indicam processos de influência indireta e interconexões:**
  - **Ego → Objetivação e Ancoragem:** Representa a participação do Ego na construção das representações sociais a partir de suas experiências pessoais e categorias cognitivas.
  - **Alter → Objetivação e Ancoragem:** Demonstra que o Alter regula e dissemina as representações sociais, influenciando o processo de objetivação e ancoragem.
  - **Objetivação e Ancoragem → Sistemas de Representações Sociais (SRS):** Indica que os sistemas de representações sociais são influenciados por esses processos e os estruturam em diferentes categorias.

### 4. Linhas Pontilhadas (····)

- **Diferenciação entre universos de pensamento e polifasia cognitiva:**
  - **Universo Consensual ↔ Universo Reificado:** Representa a coexistência e interação entre diferentes formas de conhecimento sobre a loucura, variando entre crenças culturais e conhecimento científico.
  - **Polifasia Cognitiva → Sistemas de Representações Sociais (SRS):** Demonstra a flexibilidade e coexistência de múltiplos significados sobre a loucura dentro dos sistemas de representações sociais.

### 5. Caixa com Setas Externas (Sistemas de Representações Sociais - SRS)

- Representa a categorização dos diferentes modos de compreensão da loucura, organizados em seis sistemas principais (Biomédico, Psicológico, Sociocultural, Espiritual-religioso, Filosófico-existencial e Artístico-criativo).

- As setas indicam que todos os elementos do modelo interagem dinamicamente com os sistemas de representações sociais.